

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

533

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1898, à 1 heure.

PAR

Emile TESSIER

Né à Longny (Orne), le 31 décembre 1872

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

sans Pincés à demeure et sans Ligature (Angiotripsie)

(PROCÉDÉ DE TUFFIER)

(TECHNIQUE ET RÉSULTATS)

Président : M. TILLAUX, professeur,

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
TUFFIER et WIDAL, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

53

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1898, à 1 heure.

PAR

Emile TESSIER

Né à Longny (Orne), le 31 décembre 1872

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

sans Pincés à demeure et sans Ligature (Angiotripsie)

(PROCÉDÉ DE TUFFIER)

(TECHNIQUE ET RÉSULTATS)

Président : M. TILLAUX, professeur,

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
TUFFIER et WIDAL, agrégés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie.	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER

Chirurgien de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'académie de Médecine,
Commandeur de la légion d'Honneur,

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Sans pincés à demeure et sans ligature (angiotripsie)

(PROCÉDÉ DE TUFFIER)

AVANT PROPOS

Nous devons, au début de ce travail, commencer par remercier M. le professeur agrégé Tuffier, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, qui a bien voulu nous donner, pour sujet de notre thèse inaugurale, son nouveau procédé d'hystérectomie vaginale sans pincés à demeure ni ligature. Tout ce qu'il y a de bien dans ce modeste travail, nous le devons à notre maître qui nous a fourni tous les matériaux nécessaires à notre tâche. Nous l'en remercions bien vivement et nous lui adressons ici l'expression de notre vive gratitude.

Qu'il nous soit permis, arrivé au terme de nos études scolaires, d'exprimer à tous nos maîtres notre sincère reconnaissance pour la bienveillance et la bonté qu'ils nous ont toujours témoignée. Nous devons remercier particulièrement M. le docteur Raymond (de Limoges) qui a guidé nos premiers pas en chirurgie. Nous n'oublierons pas, non plus, les familières causeries, si instructives, de MM. les docteurs Chénieux et Lemaistre (de Limoges). Nous rendons hommage à la mémoire de M. le professeur Strauss, notre vénéré maître ; M. le professeur Joffroy a toujours

été très bon et bienveillant pour nous ; nous n'oublierons pas l'aimable accueil qu'il nous a fait.

Nous devons remercier tous ceux qui nous ont aidé dans notre travail et en particulier M. le docteur Dumont ; nous lui sommes redevable des observations inédites qu'il a bien voulu nous communiquer M. Séquer nous a aidé dans l'opération dont nous reproduisons les différents temps.

M. le professeur Tillaux nous fait le grand honneur de présider la soutenance de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Généralités

Nous n'avons pas à faire l'histoire de l'hystérectomie abdominale ou vaginale, tour à tour préférées ; ce serait sortir de notre sujet. Nous avons recherché dans les temps relativement modernes, depuis la naissance de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, qui date, à peine de onze ans (1) si ce mode opératoire avait été imaginé et employé et nous n'avons rien trouvé. Chassaignac (2), à l'aide de son écraseur linéaire, pratiquait de nombreuses opérations et surtout des ablations de langue ; il parle de la grande valeur hémostatique de son instrument et cite même une ablation du col de l'utérus. Mais cela n'enlève pas la priorité de l'hystérectomie, sans pincés, ni ligature à M. Tuffier, car Chassaignac n'a jamais pensé à cette opération ; il croit l'extirpation de l'utérus en totalité impossible et déconseille absolument de la tenter. Il semble, sur ce point, du reste, ignorer ce qu'a écrit Récamier plus de trente ans auparavant, où, dans son traité sur le cancer, il décrit longuement un procédé

(1) PÉAN, le premier (SEGOND, in thèse de BAUDRON) la décida et la pratiqua en décembre 1887 avec succès, pour une suppuration des annexes des 2 côtés.

(2) CHASSAIGNAC. *Traité des opérations chirurgicales* (1861).

d'ablation de l'utérus après incision des culs-de-sac vaginaux, décollement de l'utérus avec la vessie et le rectum, abaissement de l'utérus et section des ligaments larges après ligature avec un fil ciré (1).

Nous ne voulons décrire ici que la technique et les résultats de l'hystérectomie sans pincés à demeure, ni ligature, telle que la pratique M. Tuffier, dans son service à la Pitié depuis septembre 1897 ; nous ne parlerons pas de l'angiotripsie en général, ce procédé d'hémostase est déjà appliqué à d'autres opérations. Il existe plusieurs instruments construits dans le même but : l'écrasement des vaisseaux dans les tissus.

M. Doyen (2) a rapporté à l'Académie de Médecine le résultat d'un certain nombre d'opérations faites avec son lamineur, mais il y joint les ligatures ; le laminage n'a donc pas une valeur hémostatique suffisante.

D'autre part, M. Faure (3) a présenté à la Société de Chirurgie un angiotripteur que l'on peut manœuvrer d'une seule main. Cette communication est bien postérieure au travail de M. Tuffier et nous ne savons pas qu'aucune hystérectomie ait été faite avec cet instrument.

Les procédés pour pratiquer l'hystérectomie sont nombreux et variés, mais, comme le dit M. Tuffier (4) « Quel que soit le procédé qui jouit de votre faveur, il aboutit en somme à deux solutions : ou bien l'utérus bascule en avant et ne tient plus que par ses deux ligaments larges,

(1) RÉCAMIÈR. *Recherches sur le traitement du cancer*, 1829.

(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine*. 1898 n° 6.

(3) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, (1898) n° 1.

(4) *Bulletin de la Société de Chirurgie* (1898) n° 18 et précédemment *Bulletin de la Société de Chirurgie*, du 22 décembre 1897.

ou bien, dans les cas exceptionnels l'utérus est et reste immobile; vous êtes obligé pour l'enlever de le morceller sur place et vous faites un pincement du ligament large *en étages* ». Le procédé de M. Tuffier ne modifie donc pas la façon d'opérer adoptée, il ne la complique en rien et n'apporte aucun nouvel obstacle à son exécution. Tous les chirurgiens savent que les pinces, dans les procédés ordinaires, sont très pénibles pour les femmes; elles sont très douloureuses et très fatigantes; dans la suite, elles sont encore la cause d'un nouvel ennui, la chute des eschares. M. Tuffier, au lieu de mettre des pinces sur les artères et de les laisser en place 48 heures, écrase les vaisseaux avec l'angiotribe. Nous ne nous occuperons pas ici du mode d'action de l'angiotripsie; mais ce qui est certain, c'est que l'hémostase est parfaite au moment et dans les suites de l'opération.

Nous devons rapprocher ce procédé d'hémostase de celui par torsion des artères (1) que fit connaître M. le professeur Tillaux. Dans la torsion des artères jusqu'à ce que le bout tordu se détache, les tuniques interne et moyenne cèdent, elles se rétractent et se recroquevillent vers le centre du niveau. La tunique externe résiste et le bout tordu de l'artère prend alors la forme d'un cône dont la pointe ressemble à un tire-bouchon.

(1) TILLAUX. *Traité de chirurgie clinique*. Tome 1^{er}, 3^e édition, 1894.

CHAPITRE II

Angiotribe de M. Tuffier.

L'Angiotribe que M. Tuffier présenta à la Société de Chirurgie le 22 décembre 1897 est une solide pince en acier construite par M. Collin. Elle se compose de deux branches très fortes, et d'un système de serrage à pas de vis. Les deux branches sont réunies par l'articulation Collin, dite à doigt ; ce système est ce qu'il y a de plus solide et permet de démonter instantanément l'appareil. La longueur totale de la pince est de 30 centimètres ; les mors ont 0, 05 centimètres de longueur et 0 m. 009 mm. de largeur.

A l'extrémité de l'une des branches, s'articule, par une charnière à tenon, une tige munie d'un pas de vis ; cette tige se rabbat sur l'autre branche et permet, au moyen d'un pas de vis de serrer à une pression considérable. Cette pression doit atteindre 1500 kilogs ; elle n'a, comme limite, que la résistance de l'acier.

Les mors de la pince ne sont ni plus larges, ni plus longs que ceux d'une pince à ligaments larges. Ils sont creusés, dans le sens de la longueur, en leur milieu, d'une gouttière, en sorte que, lorsque les deux mors vont se réunir pour serrer, cela va avoir lieu suivant deux bandes parallèles,

De plus, il est nécessaire, pour que les deux mors soient bien en contact dans toute leur étendue, lorsque l'angiotribe est serré à fond, qu'ils soient taillés d'une façon telle que leur premier point de réunion ait lieu à l'extrémité de l'instrument, tandis qu'il y a encore près de l'articulation un petit écartement d'environ un demi-millimètre ; les deux mors de l'instrument se trouvent en contact parfait lorsque la vis est serrée à fond ; l'acier, malgré sa résistance, cède toujours un peu par son élasticité. Les bords des deux mors doivent être mousses, arrondis et non taillés à pic, avec un angle plus ou moins droit ou aigu ; ceci est indispensable car, sans cela, l'instrument coupe comme une lame de couteau. Le volant doit être serré jusqu'à ce que l'extrémité du pas de vis ait disparu derrière la branche. Lorsqu'on retire l'angiotribe, on

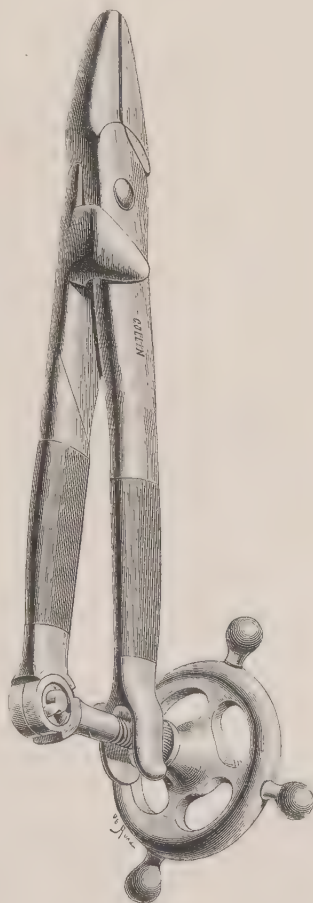


Fig. 1. — Angiotribe de M. Tuffier.

constate que les parties écrasées sont transparentes et aussi minces qu'une feuille de papier.

Nous donnons le dessin inédit de l'angiotribe de M. Tuffier que M. Collin a bien voulu faire graver pour nous ; nous l'en remercions vivement.

CHAPITRE III

Manuel opératoire. — Technique.

Le chirurgien aura à sa disposition les instruments nécessaires pour faire une hystérectomie vaginale, c'est-à-dire des valves, plus ou moins longues, des pinces à griffes pour abaisser l'utérus, un bistouri, des ciseaux droits et courbes, des pinces à morcellement, des pinces clamps, plus ou moins longues, pour ligament large et un angiotribe de M. Tuffier. L'opérateur se servira des instruments qu'il préfère, de ceux dont il a l'habitude.

Le procédé est simple, l'hystérectomie se fait comme d'habitude et de deux choses l'une : ou bien l'utérus est facilement amené à la vulve et l'opération est extrêmement simple ou bien l'utérus est adhérent, reste immobile et pour l'enlever on est obligé de le morceller ; on fait l'hystérectomie comme on veut ou plutôt comme on peut.

Nous allons décrire le premier procédé, celui où l'utérus peut être abaissé, et pour mettre plus en relief notre mode opératoire nous représenterons par des figures (1) les différentes phases de l'opération :

(1) Nos dessins sont la reproduction fidèle et exacte de photographies prises aux différents temps d'une opération exécutée sur le cadavre; les mains ont parfois une attitude qui n'est pas très

L'utérus est saisi avec des pinces à abaisser ; on le libère avec des ciseaux ou au bistouri des insertions vaginales, on décolle les deux faces de l'utérus, on les sépare du rectum en arrière, de la vessie, en avant. Par derrière, il est nécessaire de remonter jusqu'au fond de l'utérus, car, par la section des ligaments utéro-sacrés,

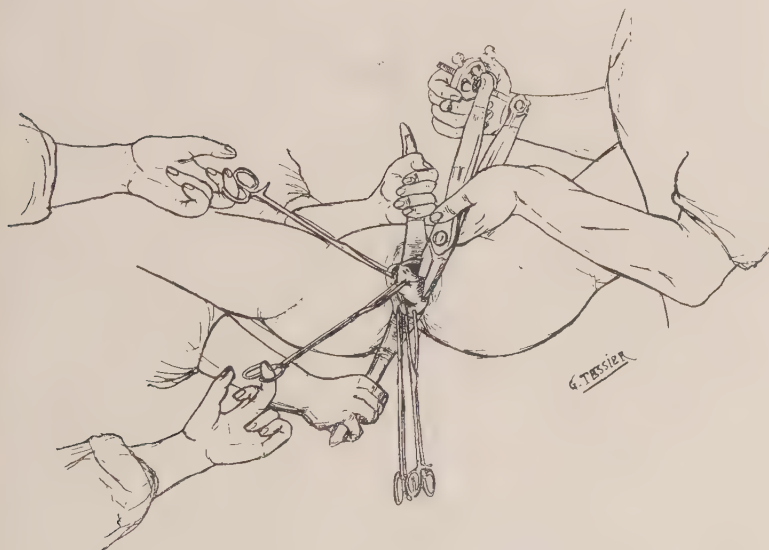


Fig. 2. — L'angiotribe saisit le bord supérieur du ligament large gauche et écrase l'artère utéro-ovarienne.

on supprime le premier et principal obstacle à l'abaissement. Nous pratiquons l'hémisection antérieure de l'utérus sur la ligne médiane et nous le faisons ensuite facilement basculer à la vulve, comme dans les procédés ordinaires ;

correcte ni bien chirurgicale ; cela tient à ce qu'il fallait avant tout, bien mettre à découvert le champ opératoire pour laisser voir les détails de l'hystérectomie.

c'est alors que nous allons faire l'angiotripsie des ligaments larges :

1^o Commencez par passer le doigt derrière le ligament large gauche, délimitez-le bien, et, agissant comme si vous alliez placer une longue pince, mettez les mors de l'angiotribe enfourchant le bord supérieur du ligament large et serrez, sans faire remuer l'instrument, cette par-

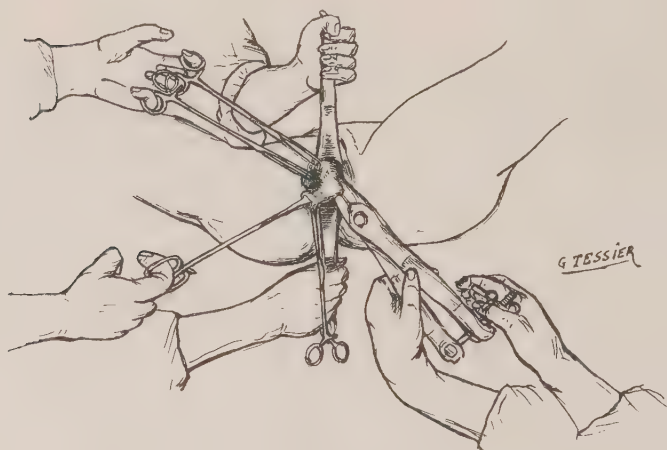


Fig. 3. — L'angiotribe, placé à la base du même ligament large, écrase l'utérine.

tie supérieure du ligament large, ainsi que le représente notre 2^e figure. Alors, au ras de l'instrument, entre lui et l'utérus, coupez avec des ciseaux, en maintenant l'angiotribe immobile ; puis vous allez desserrer et enlever l'instrument : l'artère utéro-ovarienne est détruite.

2^o Reportez votre index vers le ligament large gauche, mais, cette fois, en passant derrière la base du ligament large et en allant de bas en haut : saisissez entre les mors de l'angiotribe la base du ligament, serrez la vis (fig. n^o 3)

jusqu'à ce qu'elle disparaisse entre la branche et coupez avec des ciseaux au ras des mors. (fig. n° 4). Après la section (fig. n° 5) desserrez et retirez votre instrument ; vous venez de détruire l'artère utérine gauche ; le ligament large aminci comme une feuille de papier, transparent, ne donne plus de sang.

Du côté droit, faites de même, et vous avez devant vous une vaste cavité béante, ne saignant pas.

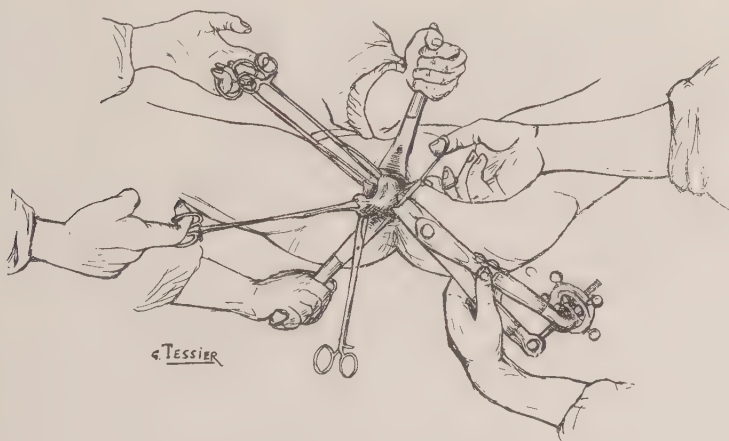


Fig. 4. — Des ciseaux coupent ce ligament large.

Le deuxième cas que nous avons supposé est celui où l'hystérectomie se fait difficilement : l'utérus, soit trop volumineux, soit adhérent ne peut être abaissé ; que l'on soit gêné par une vulve étroite ou par autre chose il n'y a pas de règles fixes. Le mode de conduire l'opération dépend de chaque cas particulier et ne relève que de l'habileté du chirurgien : on fait comme on peut, en mettant des pinces sur les parties qui saignent ; il faut avoir soin que les mors de ces pinces n'aient pas plus de 0,05 centi-

mètres de longueur au maximum. Une fois l'utérus enlevé, il vous reste un certain nombre de pincés placées sur des vaisseaux : faites soulever par un aide la pince la plus inférieure et, immédiatement au ras et en dehors d'elle, appliquez les mors de l'angiotribe, serrez à fond, enlevez la pince languette, coupez au ras s'il y a quelque chose et desserrez ; la partie écrasée sera étanche. Faites

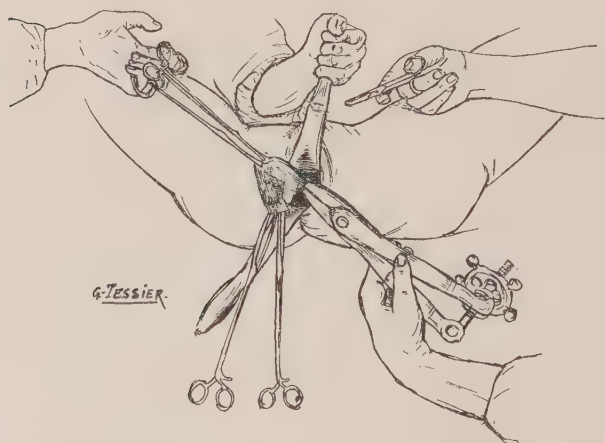


Fig. 5. — Le ligament est coupé. L'instrument va être desserré et retiré.

de même pour la pince qui est au-dessus de celle que vous venez d'enlever et pour toutes les autres à la suite.

En traitant ainsi vos pédicules vous faites une hémostase parfaite.

L'opération dans ces cas-là est beaucoup plus longue que dans le premier ; donnez un coup d'angiotribe là où vous voyez saigner, armez-vous de patience, sachant que chaque fois que vous portez votre instrument vous supprimez l'ennui d'une pince à votre malade. Vous faites

ainsi une hémostase à petits coups qui sera aussi parfaite que la première

Quand on fait l'angiotripsie, il y a deux choses à bien observer, deux précautions à prendre. D'abord, ayez le soin de bien serrer la vis jusqu'au bout jusqu'à ce qu'elle ait disparu derrière la branche, ensuite, et cela est très important, maintenez bien votre instrument *immobile*, évitez toute traction sur la partie que vous serrez, car vous pourriez la déchirer surtout s'il s'agissait de tissus friables, qu'ils soient fibreux, indurés, infiltrés ; cela n'est jamais arrivé dans les opérations.

La deuxième précaution est de ne pas en vouloir prendre trop : la saisie du ligament large ne doit pas être trop étendue ; il ne faut pas serrer avec la pointe, mais avec le milieu du mors.

Quand l'utérus est enlevé, avec des compresses éponges montées sur des pinces, on étanche avec soin les liquides séro-sanguins qui ont pu suinter et s'accumuler au fond de la cavité béante ; pendant quelques instants on vérifie l'hémostase et, lorsqu'on voit que tout écoulement est arrêté, on fait le tamponnement du vagin, avec des lanières de gaze aseptique. Le tamponnement se fait avec trois ou quatre bandes de gaze longues d'environ 0. 80 centimètres sur 0.08 centimètres de large ; on les introduit une à une entre les écarteurs et on retire ces écarteurs lorsque le tamponnement paraît suffisant.

On enveloppe la vulve avec un pansement occlusif, à la ouate maintenu par un bandage en T. Il est inutile de placer une sonde vésicale à demeure. M. Tuffier, ainsi qu'on peut le voir dans les dernières observations n'en met plus ; presque toutes les malades urinent

seules, il est rare qu'on soit obligé de les sonder.

L'écoulement est en général, très peu marqué, il n'y a pas ici à attendre la chute et l'élimination des eschares avec les suintements plus ou moins fétides qui les accompagnent souvent, les malades ne souffrent presque pas après l'opération; le cinquième ou sixième jour, les mèches seront retirées.

CHAPITRE IV

Résultats.

Les résultats obtenus par M. Tuffier, en faisant l'hystérectomie vaginale par l'angiotripsie, sont parfaits et pour la démontrer, nous allons publier les observations des 27 hystérectomies qui ont été pratiquées à la Pitié par notre maître. Nous en donnerons ici une statistique intégrale ; les malades opérées par M. Tuffier n'ont pas été choisies, ce sont toutes celles qui se sont présentées dans le service à l'exception de deux : chez l'une, les ligaments larges étaient infiltrés par un néoplasme et chez l'autre, les adhérences étaient si multipliées qu'on hésita et on laissa des pincés. Il faut dire cependant qu'à cette époque, M. Tuffier n'avait pratiqué que quelques hystérectomies vaginales sans pincés, ni ligatures et devant ces deux malades il préféra s'abstenir. Ces observations vont nous montrer, par la diversité des cas opérés, que ce nouveau procédé est applicable à tous ceux qui peuvent se présenter.

Les observations que nous allons publier sont inédites. Toutes proviennent du service de M. Tuffier, nous les devons à l'obligeance de M. le docteur Dumont qui a bien voulu nous les communiquer. Nous regrettons d'avoir été obligé de les résumer, car cela les rend moins intéressantes, mais nous n'avons rien supprimé pour l'opération et

rien omis, dans les suites opératoires, de tout ce qui pouvait intéresser l'hystérectomie par angiotripsie.

A ces 27 observations, il faut ajouter deux opérations pratiquées par M. Tuffier en ville : l'une pour un fibrome, l'autre pour une suppuration pelvienne. Chez les deux, le résultat a été parfait. Nous regrettons de n'avoir pas ces observations pour les publier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Suppuration pelvienne (tuberculeuse) ? Hystérectomie vaginale sans pince et sans ligature (guérison).

(Service de M. TUFFIER).

Georgette H. 18 ans, sans profession, entre à l'hôpital, parce qu'elle a mal dans le ventre et parce qu'elle perd abondamment en rouge.

Antécédents héréditaires. Ils ne présentent rien d'intéressant.

Antécédents personnels. Aurait eu une grosse bronchite vers l'âge de 8 ans. Depuis ce moment, la malade serait assez délicate de la poitrine.

Premières règles à l'âge de 14 ans. Dans les 6 premiers mois les règles venaient toutes les 3 semaines quelquefois tous les 15 jours ; assez abondantes, durant 5 jours, non douloureuses ; puis les règles sont très régulières jusqu'au mois de juin dernier. Jamais de pertes blanches avant cette dernière date, jamais de fausse couche, ni d'accouchement.

Histoire de la maladie. Après les premiers rapports sexuels (mai dernier) la malade eut quelques pertes blanches, mais peu abondantes, non irritantes, sans douleurs qui disparaissent assez vite. Les règles de juin viennent en avance d'une semaine, à part cela, elles furent normales.

Depuis, les règles ont toujours avancé, venant toutes les 3 semaines. Peu à peu elles deviennent plus abondantes et plus longues (8 à 10 jours). Entre les 2 dernières périodes menstruelles, il n'y a eu qu'un intervalle de 10 jours. Les dernières périodes ont été très douloureuses,

Depuis 2 mois la malade a des pertes tantôt rouges, rosées ou blanches, ne sentant pas mauvais. Depuis la fin de ses dernières règles, la malade a quelques pertes jaunes teintées par des filets de sang.

Les douleurs ont commencé au mois d'août dernier par le côté gauche du bas ventre. Du côté droit, la malade n'aurait senti quelque chose que plus tard et seulement à de rares intervalles. Jamais de douleurs aux reins ; quelquefois des tiraillements dans la cuisse gauche sans irradiations vers l'aine.

Depuis le commencement de la maladie, les douleurs ont toujours conservé le même caractère, donnant à la malade la sensation d'élancements, de déchirements dans le bas-ventre. Les douleurs se maintenaient aussi bien dans la position couchée que debout ; dans les derniers temps elles avaient lieu surtout au moment des règles.

L'appétit est resté excellent, la digestion se fait bien, les selles sont régulières, les mictions et les urines sont normales. La malade tousse beaucoup et rend des crachats épais, gris ; le cœur est normal. La malade est nerveuse, mais n'a jamais de crises, elle affirme n'avoir jamais eu de fièvre depuis le début de son affection.

Examen. — Jeune fille grande, d'aspect délicat. Temp. 37°5. Pouls 90, régulier, égal, assez petit. Langue un peu chargée.

A l'inspection du thorax, rien de particulier, à la percussion, le son est peut-être un peu plus clair dans les 2 sommets, en avant. A l'auscultation, dans les sommets : respiration soufflante sans craquements. Cœur normal.

A l'inspection : ventre normal, rien de particulier à la percussion, la palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite, mais on n'y sent rien.

Vulve normale, un peu de vaginisme. Col de l'utérus abaissé ; conique, de consistance normale, un peu allongé, orifice externe arrondi, fermé. Le col est dans l'axe du vagin, il est dirigé de haut en bas et d'arrière en avant. Le corps est en retroversion, petit, douloureux, adhérent en arrière avec une masse dure, très douloureuse, du volume d'une noix, irrégulière et qui pointe fortement dans le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac latéral droit, il y a une tuméfaction du volume d'une petite noix, douloureuse à la pression, profondément située,

Diagnostic probable. — Métrite et annexite avec adhérences et probablement foyer dans le Douglas.

Opération. — 18 décembre 1897. Anesthésie par l'éther. On pense qu'une colpotomie postérieure suffira peut-être ; mais les annexes sont si grosses, si adhérentes qu'il semble qu'il vaut mieux tout enlever ; pendant cette exploration, le doigt ouvre successivement une poche haut située, remplie de sérosité et une autre plus petite située à droite qui contient un peu de pus. On procède à l'*hystérectomie vaginale totale*. L'extirpation de l'utérus se fait sans difficulté ; on enlève, en même temps, la trompe droite qui est tuméfiée, épaissie. M. Tuffier essaye pour la première fois de remplacer le pincement des ligaments larges par l'*écrasement* de ces organes à leur origine utérine avec l'*angiotribe*. L'hémostase est parfaite ; les tranches ligamentaires ne laissent pas sourdre la moindre goutte de sang. Deux mèches dans le fond du vagin. Pansement aseptique.

L'utérus extirpé paraît normal ; la trompe enlevée est épaissie, violacée, de longueur normale. A la coupe, on voit ses parois épaisses dans le tiers externe d'environ 4 millimètres. La muqueuse est transformée en un magma caséeux, très adhérent, gris jaunâtre qui semble de nature tuberculeuse,

Suites opératoires. La malade a passé une assez bonne journée. Quelques vomissements. Pas de ballonnement, ni de douleur de ventre. La malade n'a pris que de la glace. Temp. le soir 38°2. Nuit assez bonne. Vers le matin la malade est gênée par les gaz ; elle a des coliques très douloureuses qui lui font pousser des cris. Sonde rectale.

19 décembre. L'aspect de la malade est excellent. Température du matin, 37°, pouls 112, régulier, égal, assez faible. Langue rouge, non chargée. Urines de couleur jaune clair, mais troubles (400 gr.). Ventre non ballonné, non douloureux à la pression. Sonde vésicale à demeure. La malade prend de la glace, du champagne ; quelques nausées ; température le soir, 37°,9. N'a pas dormi la nuit, tout en restant très calme.

20 décembre. La malade se trouve très bien. Température du matin, 37°,3 ; pouls 104, régulier, assez fort. Langue un peu sale. Ventre souple, non sensible à la pression. Urines, 300 gr., claires, jaune foncé.

21 décembre. La malade va très bien, ne souffre plus. Tem-

pérat. 36°,8; pouls 100, régulier, assez fort. Langue toujours un peu chargée. Ventre souple. Urines, 475 gr. Journée bonne. La malade prend un peu de potage et du lait qu'elle digère bien. N'a pas souffert du ventre, la purgation du matin a produit une selle. On a enlevé la sonde vésicale; la malade a une miction naturelle. Dans la soirée, épistaxis abondante. Température le soir, 36°,6; nuit bonne.

22 décembre. Temp. le matin, 37°,3; pouls 80, régulier. Langue bonne. Urines, 400 gr., rouges (sanguinolentes), un peu troubles. La malade a passé une excellente journée. Elle n'a pas souffert, a mangé avec appétit : lait, bouillon, côtelette, œufs, vin, et très bien digéré. Temp. le soir, 36°,9. Nuit très bonne.

23 décembre. On retire les mèches qui ramènent des débris sphacelés, mais qui ne sont pas teintés de sang rouge. Une injection vaginale ramène pas mal de saletés; le liquide est assez fortement coloré par le sang. Cependant, dans la journée, la malade n'a pas la moindre perte. Elle va très bien. Elle a mangé beaucoup et avec appétit. Pas de selle. Température normale. Nuit bonne.

24 décembre. L'injection vaginale sort sale, fétide, avec des débris sphacelés et très peu de sang. La malade va d'ailleurs très bien et ne souffre nullement; son appétit est bon; les mictions sont normales; une purgation a amené 3 selles abondantes. Température normale. Nuit bonne.

27 décembre. La malade va très bien. Depuis avant-hier les injections vaginales sortent à peu près claires et ne sentent pas mauvais. La malade mange avec grand appétit, ne tousse plus, reprend des forces et des couleurs.

29 décembre. La malade va très bien.

31 décembre. La malade quitte l'hôpital pour aller passer quelques semaines au Vésinet. Au toucher, on peut constater que le vagin se termine par une dépression anfractueuse, à parois irrégulières, mais non ulcérées, qui admet la moitié de l'index. Le toucher n'est pas douloureux, on ne sent pas les annexes.

La malade revient le 1^{er} février, un mois après sa sortie. Elle va très bien, n'a jamais souffert du ventre depuis et n'a plus

de pertes, l'appétit est bon. Elle se plaint cependant d'être devenue plus nerveuse depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION II

Fibrome et prolapsus utérins.

Hystérectomie vaginale sans pinces et sans ligature
(Service de M. TUFFIER). *Guérison.*

B. âgée de 39 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital « parce qu'elle a une descente de la matrice ».

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler

Antécédents personnels. — N'a jamais eu aucune maladie.

Réglée pour la première fois à 12 ans 1½. Les règles furent toujours régulières, abondantes durant 8 jours, non douloureuses. Elle n'a jamais eu de pertes, ni de douleurs dans le ventre.

Elle a eu 4 enfants, tous bien portants ; les accouchements furent normaux, et les suites de couches bonnes. Les règles ne revinrent qu'après la fin de l'allaitement de chaque enfant.

Histoire de la maladie — Il y a 3 ans, la femme s'est aperçue qu'elle avait « une petite grosseur » molle, rentrant facilement, indolore. Elle n'y fit plus attention et peu à peu cette grosseur augmenta et aujourd'hui elle a à peu près le volume du poing. Jusqu'à cette dernière semaine, la présence de la tumeur ne produisit aucun trouble, il n'y avait pas de pertes ; les règles revinrent avec les mêmes caractères ; pas de douleurs, pas de troubles de la miction. La malade est simplement gênée par sa tumeur, qui, depuis 2 ans ne rentrait plus dans la journée et l'obligeait à porter une serviette de soutien. La nuit, la malade réduisait elle-même sa tumeur.

Il y a une semaine, cette femme vint à Paris avec une forte charge, elle se fatigua et s'aperçut qu'elle ne pouvait uriner ; elle retourna chez elle et un médecin la sonda. Elle reprit ses occupations, mais le même accident s'étant reproduit une 2^e fois, elle se décida à se faire enlever cette tumeur.

Examen. — C'est une personne forte, bien constituée, l'état général est bon, sa température est de 37°2. Pouls 80 régulier, la langue est un peu grise,

Rien du côté des organes thoraciques, rien dans les flancs, dans l'hypogastre, les fosses iliaques. Quelques varices sur la paroi abdominale et sur les membres inférieures.

Entre les cuisses, à la vulve, pend une tumeur grosse comme un œuf d'oie, de couleur rosée, de surface lisse, non ulcérée semblant sortir du vagin. Cette tumeur présente à sa partie antérieure (sommet) un orifice transversal, large dans son grand diamètre d'environ 2 centim. Cet orifice est irrégulier (déchiré) et entr'ouvert, il est entouré d'une zone de coloration un peu plus foncée que le reste de la tumeur. En dessous (en arrière si la femme était debout) on trouve un sillon peu profond, assez large, à concavité antérieure, ce sillon sépare la tumeur en 2 parties : l'une antéro-supérieure lisse semblant formée par l'utérus prolapsé et présentant l'orifice décrit plus haut, l'autre postéro-inférieure plissée semblant formée par la paroi vaginale prolapsée.

La tumeur utérine est mobile, non douloureuse, facilement et entièrement réductible, mais elle ressort aussitôt d'elle-même. L'hystéromètre pénètre dans le sens antéro-postérieur de 8 centimètres. La sonde vésicale pénètre en bas et en arrière et on la perçoit encore à la partie antérieure de l'étroit sillon qui représente encore la cavité vaginale et qui fait tout le tour de la tumeur.

Par le toucher rectal, on perçoit la paroi antérieure du rectum prolapsée, on ne peut sentir la limite supérieure du fond de l'utérus qui paraît énorme : il est lisse, assez dur, assez mobile.

Diagnostic. — Prolapsus du vagin, de l'utérus, du rectum ; probablement hypertrophie (congestion passive) de l'utérus.

Opération. le 22 décembre 1897. *Hystérectomie vaginale totale, sans pincés, ni ligatures* avec l'angiotribe.

On suit le procédé classique, seulement au lieu d'employer des clamps pour les ligaments larges, des pinces à forcipressure pour les vaisseaux qui donnent, on écrase tous les tissus avec l'angiotribe. L'hémostase est parfaite. L'utérus extirpé est énorme ; son extraction est cependant assez facile, grâce à sa mollesse et à l'hémisection antérieure. Le fond de l'organe est occupé par un fibrome mou, très malléable, ce qui explique la facilité avec laquelle on a pu l'extirper.

Quatre mèches et une compresse aseptique. Sonde dans la vessie.

Dans ce cas, l'emploi de l'angiotribe a été particulièrement démonstratif, l'utérus et les ligaments larges sont parcourus par de gros vaisseaux, malgré cela, l'hémostase a été parfaite.

Les pièces extirpées présentent les particularités suivantes ; Le col de l'utérus a 8 centimètres de long, ses parois 1 centimètre d'épaisseur ; sa lumière admet facilement un manche de porte-plume ordinaire, ses lèvres sont hypertrophiées.

Le corps de l'utérus a le volume d'un gros poing d'homme, ses parois ont 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. Dans sa cavité on trouve une grosse tumeur arrondie, molle, dont la coupe offre les caractères d'un fibrome. Il s'insère en haut et un peu à gauche ; son volume est celui d'une grosse orange.

Suites opératoires. La journée a été bonne. Pas de douleurs, ni vomissements : glace, champagne. Température le soir 37°4. Nuit très bonne.

23 Décembre. Température le matin 37°2. Pouls 112 régulier, assez fort. La langue est bonne, le ventre est souple, non sensible. Urines : 500 grammes. La journée est bonne sans vomissements. Glace, champagne et lait. Température du soir 38°. La malade dort un peu la nuit.

24 décembre. État général très bon. Température 37°4 le matin. Pouls 112. Langue un peu chargée Urines : 400 grammes. Pas de douleur. Champagne et lait. Un lavement amène une selle. On retire la sonde vésicale. Température le soir 38°.

25 Décembre. La malade va très bien. Température 37°4

Une selle abondante obtenue par une petite purgation. Bouillon, lait, côtelette.

27 Décembre. On retire les mèches ; injection vaginale. Au toucher, la paroi antérieure du rectum est prolabée. Tamponnement vaginale.

5 Janvier. La malade est très bien, elle a toujours une mèche vaginale qu'on change tous les deux jours.

7 Janvier. La malade quitte l'hôpital. Le fond du vagin est parfaitement cicatrisé ; mais il existe une colpo-rectocèle considérable, pour laquelle la malade reviendra pour subir une colpo-périnéorrhaphie.

OVSERVATION III

Suppuration pelvienne.

Hystérectomie vaginale par angiotripsie (procédé de M. TUFFIER). *Guérison.*

Berthe P., 29 ans, cuisinière, entre à l'hôpital « parce qu'elle souffre du ventre ». Elle aurait eu dans son enfance la rubéole et la varicelle. A cette époque, elle aurait souvent eu (vers 12 à 13 ans) des douleurs de ventre localisées dans la région des aines et disparaissant sous l'action de sinapismes fréquemment multipliés. Ces douleurs auraient disparu au moment de l'établissement des règles.

Réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans. Les règles sont régulières, abonbantes, durant huit jours, très douloureuses les deux premiers jours et le dernier. Jamais de pertes. Les premiers rapports sexuels, vers l'âge de 15 ans, n'ont jamais été suivis d'aucun écoulement ni blanc, ni jaune, ni vert ; les règles ont conservé les mêmes caractères.

A l'âge de 16 ans et trois mois, (26 juillet 1885) a lieu un accouchement rapide et normal, après une très bonne grossesse ; les suites de couche furent excellentes, apyrétiques : la malade se leva au bout de 11 jours. La femme se fit nourrice et allaita son nourrisson pendant 18 mois. Pendant l'allaitement, les règles reparurent au bout de 2 mois avec les mêmes caractères mais sans aucune douleur. Pas de pertes blanches, ni jaunes, ni rouges. Quelques semaines après l'accouchement la femme s'aperçut que son ventre grossissait insensiblement. Au bout de 18 mois, il était devenu énorme, dur, tendu, non douloureux. La malade n'a pas de fièvre et malgré un assez bon appetit maigrit et s'affaiblit.

Au bout de ces 18 mois, ayant sevré son nourrisson, cette femme est examinée par M. le docteur Polaillon qui diagnostique un kyste de l'ovaire et l'extirpe ; elle sort guérie au bout de 2 mois.

Depuis cette époque, la malade est restée bien portante, les règles sont normales et travaille comme par le passé.

Histoire de la maladie. — Au commencement de ce mois, les règles qui devaient venir le 3 janvier, manquent et la femme repousse l'idée d'une grossesse. Quelques jours après, vers le 5 ou 6 janvier, la malade se sent fatiguée, ne peut travailler et a des frissons plus ou moins forts. Le 8 janvier, elle est prise de frissons violents avec des douleurs très vives en forme de coliques dans le ventre et des vomissements bilieux fréquents.

Les jours suivants les douleurs et les vomissements continuent, le ventre devint alors dur, ballonné, très douloureux à la pression et spontanément.

La malade va tous les jours à la selle, les mictions sont un peu difficiles. — Un médecin appelé par cette femme ordonne des sinapismes et des cataplasmes laudanisés, ce qui ne fait rien. La fièvre persiste, la malade ne peut plus rien absorber, ses selles sont extrêmement douloureuses et elle entre à l'hôpital le 22 janvier. Repos absolu au lit, et au lait : les douleurs diminuent, peu de fièvre, pas de vomissement.

Examen. — Femme bien constituée ; non anémiée.

Langue chargée. Pouls 120, régulier, égal, temp. le soir 38°3 urines un peu rouges.

Rien du côté du cœur, des poumons, le foie un peu douloureux en bas à la percussion. Le ventre est arrondi, régulier. Sur la ligne médiane, on voit une longue cicatrice nacréée parfaite. Vergetures anciennes, brillantes.

La palpation est difficile, le ventre est très sensible et la malade se raidit à la moindre pression. Néanmoins on arrive à déprimer suffisamment la paroi abdominale pour pouvoir affirmer qu'il n'existe aucune tuméfaction dans la profondeur. La sensibilité à la pression est très vive, l'exploration des flancs, très difficile, ne dénote rien d'anormal. A la percussion, sonorité exagérée, tympanique, dans tout le ventre sauf dans l'hypogastre, où il existe au-dessous du pubis une zone de matité s'étendant en forme de croissant à concavité supérieure de l'épine pubienne droite à l'épine iliaque du côté gauche. La partie la plus large de cette matité est située au-dessus de la partie moyenne du pubis gauche et dépasse cette portion de 3 travers de doigt. A ce niveau la percussion est très douloureuse.

Vulve normale, vagin chaud au toucher. Le col de l'utérus

est de volume moyen, conique très dur, son orifice est transversal, fermé. Tout l'organe est appliqué contre la paroi latérale droite du vagin ; aussi le cul-de-sac de ce côté est-il très étroit. Le col est mobile.

Le corps de l'utérus est à peine délimitable ; il semble refoulé et immobilisé à droite et en avant par une grosse masse qui occupe le cul-de-sac latéral gauche et presque tout le cul-de-sac postérieur. Cette masse très dure, irrégulière, mamelonnée semble faire corps avec l'utérus. Elle est absolument immobilisable et excessivement douloureuse au toucher. Sa limite supérieure correspond à la zone de matité sus-pubienne indiquée plus haut. Par le toucher rectal — très douloureux — on perçoit le col de l'utérus, mais la tumeur est inaccessible à cause de la douleur. Hystérométrie : 0,07 centimètres.

Diagnostic probable. — Périméthro-salpingite gauche suppurée.

Opération. — Elle a lieu le 25 janvier 1898. Anesthésie par l'éther. *Hystérectomie vaginale totale sans pinces, ni ligature* par angiotripsie.

Après l'hémisection antérieure de l'utérus, il est excessivement difficile de faire basculer le fond de l'organe, celui-ci étant fixé à droite, à la paroi pelvienne, par des adhérences très fortes dont l'une a bien l'épaisseur de la moitié du petit doigt (il faut se rappeler que la malade avait été opérée quelques années auparavant d'un kyste de l'ovaire droit). A gauche, l'utérus est également entouré d'une gangue d'adhérences qui le tiennent fortement fixé. Aussi a-t-on beaucoup de mal à extirper l'organe qui se déchire d'ailleurs facilement et ne vient que par morceaux. A un moment donné, au cours de l'extirpation, une grosse poche se rompt à gauche ; il en sort environ un demi-verre de pus ne sentant pas très mauvais et de couleur gris jaunâtre. Lorsqu'enfin, on est parvenu à faire basculer le fond de l'utérus, on écrase facilement les ligaments larges à leur origine utérine, entre les mors de l'angiotrite. Cela fait, on sectionne les ligaments larges : il ne s'écoule pas la moindre goutte de sang, les tissus ligamenteux sont aplatis et absolument exangues, blanchâtres dans une longueur d'un centimètre. On angiotribe ensuite quelques gros moignons d'adhérences, sur lesquels on avait, au préalable, pendant l'opération, placé des clamps. L'un de ces

moignons, au moment où on le débarrasse du clamp, se met à donner abondamment : l'angiotribe arrête immédiatement et définitivement cette hémorrhagie.

Deux mèches vaginales. Durée de l'opération 1/2 heure. Sonde vésicale.

Suites opératoires. — 25 janvier. Soirée assez bonne, aucune douleur dans le ventre, pas de vomissements. Températ. le soir : 37°4.

26 janvier. La malade va bien, on lui met une sonde dans le rectum à cause de ses gargouillements. Température : 37°6. La malade tousse et a un point de côté à droite, ce qui la fatigue beaucoup.

27 janvier. La malade est abattue, tousse beaucoup et a de la congestion pulmonaire à la base des deux poumons. Des ventouses soulagent la malade. On retire la sonde vésicale. Température le soir : 38°.

28 janvier. La malade va bien mieux, mais la langue reste très chargée. Pouls : 112. Le ventre est un peu ballonné ; un lavement amène une selle abondante. Ventouses et potion à la codéine.

29 janvier. Le mieux persiste, mais la malade tousse toujours. Température : 37°2 le matin et 38° le soir.

30 janvier. Le ventre est un peu tendu, dur, sensible à la pression. La langue est chargée. On retire les mèches l'après-midi, elles sont très sales. L'injection vaginale sort également sale et fétide. Température du soir 38°1.

31 janvier. La malade est pâle et se plaint beaucoup ; son point de côté est redevenu plus fort et la matité est absolue à droite ; à gauche, il y a de la submatité. Injection vaginale. La température du soir : 38°2.

1^{er} février. L'état de la malade est à peu près le même.

3 février. Le mieux persiste, les mictions sont normales. Les injections vaginales sortent claires.

5 février. Les forces reviennent et la malade voudrait se lever.

8 février. La malade va très bien, un peu de constipation.

12 février. Un peu de douleur dans le côté droit, le toucher vaginal est un peu douloureux. La malade selon son désir retourne chez elle, guérie.

OBSERVATION IV

Fibrome de l'utérus.

Hystérectomie vaginale sans pinces et sans ligature

(Service de M. TUFFIER). *Guérison.*

Marie L..., 40 ans, couturière, entre à l'hôpital « parce qu'elle perd abondamment en rouge. »

Jamais de maladie. Réglée à 12 ans, toujours très régulièrement. Pas de pertes blanches étant jeune fille. Mariée à 20 ans, pas d'accouchement, ni de fausses couches ; elle va consulter un médecin au sujet de sa stérilité qui lui déclare que « sa matrice est mal placée. » Après les premiers rapports sexuels, elle ressent une douleur assez vive en urinant, jamais de pertes. Plus tard, celles-ci apparaissent, et, au bout de deux ans, elles sont très abondantes et accompagnées de violentes douleurs dans le ventre. La malade consulte plusieurs médecins qui lui conseillent une intervention chirurgicale parce qu'elle a une double salpingite. Elle refuse une opération d'abord et ne s'y soumet que 18 mois plus tard ; M. Tuffier lui enlève, le 28 juillet 1897, deux volumineux pyosalpinx par la voie abdominale.

Histoire de la maladie. — Deux jours après son opération, la malade perd en rouge, les pertes cessent, et au bout de 17 jours la malade retourne chez elle.

En octobre, nouvelle perte rouge très abondante durant 11 jours, accompagnée de douleurs surtout dans le côté gauche du ventre et de pertes blanches. En novembre, nouvelle hémorrhagie et pertes blanches. Le 25 décembre, il se produit un écoulement sanguinolent durant jusqu'au 20 janvier. La malade se porte bien, mais est très constipée, ses mictions se font naturellement.

Examen. — C'est une femme bien constituée, sa langue est un peu blanche. Rien à signaler du côté de son cœur, ni de ses poumons. Sur le ventre, cicatrice parfaite allant du pubis au mont de Vénus. A la palpation, on ne sent rien d'anormal, le fond de l'utérus est difficile à sentir. Le col de l'utérus regarde un peu en arrière, il est conique, de volume moyen, son orifice n'est pas ulcéré. Le corps de l'utérus est gros, peu mobile, en

légère antéversion. En avant de lui, à travers le cul-de-sac vaginal antérieur, on sent une masse du volume d'une noix verte, dure, assez sensible au toucher, peu mobile, semblant faire corps avec l'utérus. Hystérométrie : 0,03 centimètres.

Diagnostic probable. — Fibrome de l'utérus développé dans la paroi antérieure de l'organe.

Opération. — Le 27 janvier. *Hystérectomie vaginale sans pinces, ni ligature.* Anesthésie par l'éther. L'utérus descend difficilement, retenu dans le petit bassin par de fortes adhérences. Cependant après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, on arrive à libérer assez facilement la face postérieure de l'organe. Ce qui est plus difficile, c'est de libérer la face antérieure qui est fortement fixée à la face postérieure de la vessie par l'intermédiaire d'un fibrome très dur du volume d'une noix verte. On songe un moment à l'énucléer de la paroi vésicale ; mais il semble moins dangereux et plus facile à M. Tuffier de le séparer de la face antérieure de l'utérus. Ceci est assez difficile à faire, et on est obligé d'abandonner le fibrome dans le petit bassin, où on espère qu'il s'atrophiera, ayant perdu son terrain nutritif, l'utérus. On pratique alors l'hémisection antérieure de ce dernier organe, puis peu à peu, avec beaucoup de mal, on en fait basculer le fond vers l'intérieur du vagin. On embrasse alors de haut en bas l'un des ligaments larges dans les mors de l'angiotribe et on l'écrase, on sectionne le ligament à son insertion utérine et on retire l'instrument : l'hémostase est parfaite. On procède de même pour le ligament large du côté opposé et cela avec le même résultat.

Il faut faire cependant ici une remarque qui s'applique également aux autres cas d'hystérectomie faites de la même façon : l'angiotribe employé actuellement par M. Tuffier n'a pas les mors assez longs pour embrasser les ligaments larges dans toute leur hauteur, aussi faut-il appliquer 2 fois l'angiotribe de chaque côté ; une 1^{re} fois de bas en haut et une 2^e de haut en bas. Deux mèches de gaze aseptique et un tampon-compresse. Sonde dans la vessie.

Durée de l'opération : demi-heure.

Suites opératoires. — Dans l'après-midi, la malade n'a presque pas souffert. Pas de vomissements ; glace, champagne. Température du soir : 36°9. Piqûre de morphine pour la nuit :

celle-ci est mauvaise, la malade souffre beaucoup de sa sonde vésicale et on'est obligé de la lui enlever.

28 janvier. La malade ne souffre pas, si ce n'est en urinant ; car elle urine d'elle-même. L'aspect général est bon, la langue est sale. Température : 37°3. Pouls : 104. Urines (un peu troubles) : 500 gr. L'après midi est bonne. Champagne, glace.

29 janvier. La malade souffre un peu du bas-ventre, un lavement amène une selle très abondante.

30 janvier. La malade va très bien. Température : 36°9. Pouls : 92. Le ventre est très souple, un peu sensible. Bouillon, lait, un peu de poulet.

1^{er} février. On retire les mèches qui ne sont pas très sales ; première injection vaginale.

4 février. Toujours très bien. Les injections sortent claires.

14 février. La malade quitte l'hôpital en bon état de santé ; elle accuse cependant une légère sensation de poids du côté de la vessie pendant la marche. Au toucher on sent le fond du vagin souple et en avant, derrière la vessie, on perçoit un petit fibrome mobile, non douloureux.

OBSERVATION V

Fibromes utérins.

Hystérectomie vaginale suivant le procédé de M. Tuffier (guérison).

Madame B..., 48 ans, couturière, entre à l'hôpital « parce qu'elle a des douleurs dans le ventre ».

Rougeole dans l'enfance. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, jamais de pertes étant jeune fille. Mariée à 17 ans (1865) ; après quelques jours de mariage, la femme est atteinte de blennorrhagie. Il y a 7 ans, la malade fut prise de fortes douleurs du côté du rectum. M. Auger l'examina à Cochin et ne lui trouva rien.

En août dernier, pendant ses règles, la femme se serait refroidie et ses règles auraient cessé. Au mois de septembre, les règles manquent et la malade ressent des douleurs dans le ventre. En novembre, les douleurs du côté du rectum revien-

nent et persistent ; elles diminuent lorsque la femme se couche et augmentent lorsqu'elle s'assied. Depuis une quinzaine de jours, la malade souffre du ventre et a la sensation « d'une masse qui se balance dans son ventre ». D'ailleurs, aucune perte ; règles revenues régulièrement depuis novembre (dernières règles du 15 au 20 janvier).

La malade n'a pas de fièvre, son état général est bon, son appétit est conservé ; un peu de constipation.

Examen. — Femme assez petite. Langue un peu chargée. Rien du côté des poumons, du cœur, de l'estomac, du foie. Dans la fosse iliaque droite, on sent une tumeur du volume d'une grosse orange lisse, régulière, assez facilement mobilisable. Elle semble avoir son pédicule dans le petit bassin. L'utérus dépasse le pubis de 3 travers de doigts, son fond est déjeté à gauche. Au toucher, on sent un col petit, dur, dans l'axe du vagin, son orifice est fermé. Le corps de l'utérus, gros comme le poing, est un peu douloureux au palper. Dans sa paroi antérieure, il semble s'être développé un fibrome du volume d'une mandarine. Hystérométrie : 0 m. 09.

Diagnostic. — Fibrome utérin.

Opération. — Le 3 février 1898. Éthérisation. *Hystérectomie vaginale, sans pincés ni ligature.*

Le col descend d'abord assez bien. Dans le cul-de-sac postérieur il existe de fortes adhérences qui retiennent l'utérus en arrière. En avant, le décollement de la vessie se fait bien ; mais à partir de ce moment, l'utérus ne descend plus. Par le cul-de-sac antérieur, le doigt sent un utérus très volumineux, atteignant presque le volume du poing, irrégulier et dur, semblant farci de fibrome. A droite, on sent un petit fibrome sous-péritonéal, rattaché par un court pédicule au bord gauche de l'utérus qui remonte, ainsi que le fibrome, jusqu'à l'ombilic.

M. Tuffier pense qu'il lui sera peut-être impossible de terminer l'opération par la voie vaginale ; cependant l'utérus, dont on a coupé beaucoup d'adhérences, finit par descendre un peu ; on continue l'hémisection pour procéder au morcellement de la tumeur. Quelques fibromes du volume d'une noix verte sont énucléées assez facilement. On arrive ainsi, peu à peu, à faire basculer le fond de l'utérus dans le vagin : il amène à sa suite le fibrome sous-péritonéal pédiculé. A ce moment, les efforts

de traction ayant été probablement trop violents, il se fait une hémorrhagie assez forte. On se hâte d'extirper l'utérus en plaçant des clamps sur les ligaments larges avant de les sectionner et on va à la recherche des vaisseaux qui donnent ; on les trouve assez facilement : c'est probablement une branche de l'artère utéro-ovarienne, qui, étant adhérente à une trompe, a dû se déchirer sous l'effet d'une traction trop forte. On pince ça et là, au milieu des adhérences rompues, les vaisseaux qui donnent. Puis les pinces sont remplacées par l'angiotribe ; tous les pédicules sont écrasés entre les mors de l'instrument. L'hémostasie est parfaite, seulement, il faut prévoir des eschares assez étendues dans la suite. On a négligé, en effet, de sectionner les pédicules entre le clamp qui le pinçait à leur extrémité libre et l'angiotribe qui écrasait leur base, en sorte qu'il reste dans le vagin des lambeaux de tissus assez considérables destinés au sphacèle.

Quatre mèches dans le vagin. Pansement, sonde dans la vessie. Durée de l'opération, 40 minutes.

Suites opératoires. — L'après-midi, quelques vomissements, quelques douleurs dans le ventre. Température le soir, 37°5.

4 janvier. Le ventre est toujours douloureux, la langue est chargée. Glace sur le ventre, les douleurs cessent. Sonde rectale pour l'échappement des gaz. On change la compresse sur la vulve ; elle n'est pas tachée. Températ. le soir, 38°4.

5 février. La malade se plaint de souffrir beaucoup, la langue est très sale. Températ, 37°7. Pouls, 132 régulier, assez fort, un peu de ballonnement.

Un lavement donné l'après-midi amène une selle qui soulage la malade, le ventre tombe.

6 février. La malade va bien, ne souffre plus, le ventre est souple. Température le soir, 37°5.

7 février. On enlève les mèches qui sont très sales. On donne à la malade 2 injections vaginales par jour.

9 février. Toujours très bien, les injections vaginales sont claires mais la malade perd toujours un peu en jaune, elle ne souffre pas. Jamais de fièvre.

23 février. La malade va très bien. Les pertes jaunes ont beaucoup diminué. Dans le fond du vagin, le doigt sent une

surface irrégulière granuleuse qui donne un peu de pus. La cicatrice est assez souple. La malade retourne chez elle guérie.

12 mars. La malade revient pour des accidents de phlébite qui se sont déclarés une dizaine de jours après sa sortie de l'hôpital. Les 2 jambes sont œdématiées. Du côté du vagin, on ne sent rien, on constate simplement une cicatrice un peu tendue. La malade n'a pas de fièvre.

OBSERVATION VI

Peri-méthro-salpingite

Hystérectomie vaginale suivant le procédé de M. Tuffier (guérison).

Madame P., 38 ans, cuisinière, entre à l'hôpital « parce qu'elle souffre dans le ventre. »

Elle fut réglée à 16 ans, toujours régulièrement, n'a jamais eu de douleurs, ni de pertes. Mariée à 20 ans (1880) ; quelques temps après le mariage, la femme retrouve dans ses injections quelques pertes blanches « comme du blanc d'œuf ». Un accouchement normal il y a 15 ans, les suites de couches sont bonnes, les règles reviennent avec leurs caractères habituels. Il y a 3 ans, accouchement prématuré d'un enfant mort, les règles reviennent au bout d'un mois.

Au mois de juin dernier, quinze jours après ses règles, la femme est prise de douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche, accompagnées de vomissements. Ces douleurs durent deux jours. Le 5 janvier, quinze jours après la fin de ses règles, la femme est reprise par ses douleurs. Elles s'irradient dans tout le ventre : Celui-ci est un peu ballonné et très douloureux à la pression. Les selles et les mictions sont difficiles et douloureuses. Au bout de 8 jours, les douleurs disparaissent, mais la malade est obligée de garder le lit, car elle est très faible : la constipation est opiniâtre.

Examen. — Femme de taille moyenne, langue un peu chargée. Température : 37°3. Pouls ; 92, régulier, assez fort

Rien d'anormal à signaler du côté du poumon, du cœur, du foie, de l'estomac.

Le ventre est plat, sonore dans toute son étendue, souple, non sensible à la pression. Par le toucher, le col de l'utérus semble être en avant et un peu repoussé à droite par une énorme masse très dure remplissant le cul-de-sac postérieur et s'étendant à gauche dans le petit bassin. Le corps de l'utérus est immobilisé par cette masse, qu'au toucher rectal, on sent grosse comme une orange.

Diagnostic. — Péri-méthro-salpingite à forme scléreuse.

Opération — 5 février 1898. Anesthésie par l'éther. *Hystérectomie vaginale.* Aussitôt le cul-de-sac postérieur ouvert, le doigt introduit dans la brèche sent une infiltration dure qui s'étend à toute la moitié gauche du bassin et au ligament large de ce côté. Cependant l'utérus, après hémisection préalable, vient facilement, mais obliquement, son bord gauche restant fixé en haut au ligament large fortement infiltré. L'écrasement de ce ligament large droit se fait facilement ; mais pour celui de gauche c'est beaucoup plus difficile : ce ligament est très épaissi, on dut le saisir à plusieurs reprises et même lorsque l'utérus fut extirpé ou fut obligé d'écraser plusieurs vaisseaux qui continuaient à donner. Enfin l'hémostase fut complète. Comme on ne peut songer à extirper l'énorme masse formée par l'infiltration, on se contente de la drainer à l'aide de 2 mèches enfoncées dans le vagin. Durée de l'opération : 35 minutes.

Suites opératoires. — 2 heures après l'opération on fait chercher l'interne du service (M. Bonamy) parce que la femme ne se réveillait pas, était pâle, presque exsangue et que son poulx était devenu filiforme. Craignant une hémorrhagie on retire les tampons du vagin, les mèches sont imbibées de sang rouge; en outre il existe une certaine quantité de sang liquide dans le vagin ; au spéculum on voit sourdre du sang sur une assez large étendue. On fait une laparotomie : le petit bassin est plein de caillots et de sang liquide, on voit le ligament large gauche suinter un peu, mais si peu qu'on ne s'explique pas bien les symptômes présentés par la malade. On résèque un ovaire qui paraît malade et une portion d'épiploon qui a vilain aspect. On fait passer une grosse mèche dans le vagin et une seconde mèche dans la plaie abdominale. On referme

rapidement le ventre, la malade n'ayant plus de poulx. 2 injections de caféine, 1500 grammes de sérum. Le soir le poulx se relève un peu, la température de la malade est 36°5 — 1500 grammes de sérum vers minuit. La malade est assoupie toute la nuit.

6 Février. Le poulx est meilleur, mais on ne peut le compter Température : 38°4. La malade est très faible, son ventre est souple, non sensible à la pression. Pas de suintement à la vulve. 2 litres de sérum dans la matinée. L'après-midi est bonne ; on peut compter le poulx (132). On change 2 fois la compresse vulvaire, chaque fois il y a quelques taches de sang. Température du soir : 37°6.

7 Février. La malade se trouve bien. Le ventre est un peu sensible ; dans la soirée on lui fait une injection de 1200 grammes de sérum et on retire la mèche abdominale.

10 Février. Le mieux continue. Pas de fièvre, on retire les mèches. Les injections vaginales sortent presque claires.

16 Février. On enlève les fils de la plaie abdominale qui est parfaitement réunie.

20 Février. La malade qui va très bien, se lève.

23 Février. La malade quitte l'hôpital en parfait état.

OBSERVATION VII

Salpingite double.

Hystérectomie vaginale selon le procédé de M. Tuffier (guérison).

Marie Pl..., 24 ans, domestique, entre à l'hôpital « parce qu'elle a mal dans le ventre ».

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle n'a jamais été malade pendant son enfance. Régliée à 15 ans, toujours régulièrement. Ni accouchement, ni fausse couche ; jamais de pertes blanches. Il y a six mois, les règles de la malade durèrent 30 jours ; elle perdit beaucoup de sang rouge avec des caillots et fut prise de violentes douleurs sous forme de coliques, localisées surtout dans le côté gauche, avec irradiation vers les cuisses et l'anus et non vers les reins. Fré-

quents vomissements bilieux, ventre un peu ballonné et sensible. Fièvre. Elle entre alors à la Piété chez M. Berger ; traitement : repos au lit, injection vaginales chaudes et tamponnement. La malade sort au bout d'un mois.

En décembre dernier, la malade est prise d'une forte métrorrhagie accompagnée de vomissements, de coliques et de diarrhée. La malade dit avoir beaucoup maigri.

En l'examinant, on voit que c'est une femme de taille moyenne, assez bien constituée. Son ventre est de volume normal, mais il est très sensible, la palpation est presque impossible. Il n'y a rien dans les flancs. Le col de l'utérus, petit, fermé est dans l'axe du vagin ; le corps utérin, de volume normal, est en antéflexion, non mobilisable, très douloureux. Le cul-de-sac gauche est occupé par une tuméfaction du volume d'un œuf d'oie, très dure, très douloureuse. On porte le diagnostic de salpingite gauche avec poussée de péritonite.

Le 11 janvier 1898, M. Tuffier fait une laparotomie à la malade. On trouve une certaine quantité de liquide séreux dans le péritoine ; dans le ligament large gauche, on aperçoit un kyste opalescent, gros comme une noix et entouré de toutes parts par des adhérences péritonéales. En voulant l'énucléer, on le déchire et il laisse écouler une certaine quantité de pus. Au-dessous de ce kyste, il en est un deuxième moins volumineux. On enlève les annexes gauches, on cautérise le pédicule au thermocautère et on lie à la soie.

La trompe droite, qui est indurée, noniliforme est extirpée. On ferme le ventre suivant le mode habituel ; M. Bonamy, interne du service, complète cette opération par un curettage de la muqueuse utérine pour supprimer toute trace d'infection.

Les suites opératoire sont d'abord assez bonnes, mais au mois de février les douleurs reparaissent, accompagnées de pertes jaunes, et M. Tuffier propose une nouvelle intervention.

Opération. — *Hystérectomie vaginale totale*, 12 février 1898. — Elle offre quelques difficultés parce que le vagin est étroit et que l'utérus est fortement fixé en haut dans l'axe du vagin. L'opération est d'ailleurs menée suivant le mode habituel : avec un certain mal, on fait basculer l'utérus dans le vagin. Puis, en s'y prenant à deux fois pour chaque ligament large on les écrase à l'angiotribe ; 3 mèches dans le vagin,

Suites opératoires. — Dans l'après-midi la malade vomit à plusieurs reprises de la bile. Elle se plaint de souffrir dans le creux épigastrique et derrière le sternum. Glace. Température du soir : 37°5.

13 février. La malade est très fatiguée, respire avec beaucoup de peine et se plaint de points de côté. Le pouls est si rapide qu'on ne peut le compter. La langue est sèche.

Température du matin 37° 2. Le soir, on injecte 1200 gr. de sérum, ce qui remonte un peu la malade. Température, 38°. Nuit mauvaise avec vomissements.

14 février. La malade est mieux, le pouls est à 136. Température 37°, le ventre est un peu douloureux. Nombreux gargouillements.

15 février. Le ventre est un peu ballonné, la malade vomit un peu de bile l'après-midi. Le soir la température monte à 38°3.

18 février. Les mèches sont retirées et on commence les injections vaginales. Température 37°3.

20 février. La malade perd en jaune, les pertes sentent très mauvais.

9 mars. La malade quitte l'hôpital pour aller se reposer au Vésinet, son ventre est souple. Elle ne perd plus. Au toucher, qui est très douloureux, on constate que le fond du vagin est bourgeonnant et saigne au moindre contact.

OBSERVATION VIII

Péri-méthro-salpingite

Hystérectomie vaginale suivant le procédé de M. Tuffier.
— *Guérison.*

Madame J., 35 ans, sans profession, entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre et des reins. Elle n'a jamais eu de maladies dans l'enfance.

Réglée à 14 ans ; jusqu'à 19 ans les règles furent très irrégulières et douloureuses ; jamais de pertes. Mariée à 23 ans (1886) ; quelque temps après, la femme accouche au forceps d'un enfant qui vit toujours ; les suites de couches sont très bonnes.

Trois ans après, fausse couche de six semaines, mal soignée, nous dit la femme et à laquelle aurait succédé « une inflammation de la matrice » accompagnée de pertes abondantes, jaune-verdâtres. Les mictions étaient très douloureuses. Cette affection dure 3 mois.

Il y a 6 ans, nouvelle grossesse et accouchement à 7 mois d'une petite fille encore vivante. Les suites de couches furent accompagnées de douleurs et de pertes jaunes abondantes. Les règles reparurent six semaines après l'accouchement. La malade reste faible et va voir M. Tuffier qui diagnostique une dilatation de l'estomac, un rein flottant du côté droit et un état nerveux exagéré. Traitement : régime spécial, port d'une ceinture, douches.

Histoire de la maladie. — Il ya 21 jours, la malade ayant ses règles continue les lotions froides qu'on lui avait ordonnées. Les règles s'arrêtent et la femme perd en blanc.

A la suite de fatigues, des douleurs très violentes se déclarent dans le bas ventre, elles durent une dizaine de jours. La malade a de la fièvre, perd l'appétit, est constipée, n'a pas de ballonnement. Traitement : injections chaudes, glace sur le ventre, lavements laudanisés. Quinze jours après, la malade qui allait mieux se lève : elle est aussitôt reprise de fièvre (40°) et M. Tuffier qui la vit, diagnostiqua une péri-méthro-salpingite et lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Examen. — Femme petite, assez maigre, très anémiée. Langue blanche. Température du matin 36.7. Pouls 88. Rien aux poumons, ni au cœur. L'estomac fortement dilaté descend jusqu'à l'ombilic. Le ventre est flasque et à la palpation, qui est douloureuse, on peut s'assurer qu'il n'existe pas de tuméfaction dans les fosses iliaques ni au dessus du pubis.

Le col de l'utérus, entr'ouvert, cylindrique, est appliqué derrière le pubis. Le corps est immobile, perdu dans une gangue dure occupant les culs-de-sac latéraux et surtout le cul-de-sac postérieur.

Les ligaments larges sont fortement infiltrés. Par le toucher, un peu douloureux, on sent la paroi rectale antérieure repoussée par une masse dure en certains points, ramollie en d'autres et également douloureuse.

Diagnostic. — Péri-méthro-salpingite.

Opération. — Le 22 février 1898 ; *hystérectomie vaginale sans pincés ni ligatures*. Aussitôt après l'incision du cul-de-sac postérieur il s'écoule une certaine quantité de pus (1/2 verre), mélangé de sang. Dans le cul-de-sac il y a d'assez fortes adhérences qui fixent l'utérus, cependant on arrive à le débrider facilement. L'extirpation se fait ensuite en passant par tous les temps classiques. Écrasement des ligaments larges par l'angiotribe ; l'hémostase est parfaite ; la manœuvre cette fois a été des plus simples. Durée de l'opération : 23 minutes. Deux mèches dans le vagin. Sonde vésicale.

Suites opératoires. — La journée est excellente, la malade ne souffre presque pas. Glacé, champagne. Températ. du soir : 36°, 9. Nuit bonne.

23 février. La malade va très bien, le ventre est très souple et un peu sensible. Pouls 80. Température du soir, 37°, 4.

24 février. La malade est toujours bien. Lavement.

26 février. On retire les mèches ; une première injection vaginale sort très sale. La malade va toujours très bien.

28 février. Les injections vaginales sortent toujours sales, la femme a quelques pertes jaunes.

5 mars. Les injections sont toujours un peu sales ; la femme a encore quelques pertes jaunes.

9 mars. Les injections sortent claires. La malade s'est levée un peu.

14 mars. La malade quitte l'hôpital en très bon état de santé. L'appétit est excellent, les douleurs ont absolument disparu.

OBSERVATION IX

Salpingite. — Grossesse extra-utérine infectée.

Hystérectomie vaginale par angiotripsie après une colpotomie postérieure. — Mort par péritonite septique.

Mme B... 37 ans, couturière, entre à l'hôpital « parce qu'elle souffre énormément du bas ventre » et pour des pertes rouges abondantes.

Elle fut réglée à 14 ans, toujours assez régulièrement, n'a jamais eu de pertes étant jeune fille. Elle se maria à 23 ans (en

1884), et eut un premier accouchement à la fin de l'année. Les suites de couches sont bonnes, les règles reviennent six semaines après l'accouchement. La femme ensuite a 4 accouchements, séparés chacun par un intervalle de 2 ans (1886, 1888, 1890, 1892). De ces 5 enfants, 4 meurent en bas âge, le cinquième a actuellement 8 ans. Ses accouchements ont été normaux et jamais suivis de pertes.

Histoire de la maladie. — Il y a 4 ans, la femme se trouva enceinte pour la sixième fois, l'accouchement fut lent et la délivrance, assez mauvaise, fut faite par une sage-femme six heures après. Il y eut une forte hémorrhagie. La femme resta couchée 15 jours avec beaucoup de fièvre, des douleurs dans le ventre et des pertes blanches. La femme, très fatiguée, nourrit pendant 14 mois son enfant qui meurt de méningite. Les règles ne revinrent qu'après l'allaitement et à partir de ce moment elles furent très irrégulières, apparaissant tous les 8 ou 15 jours et, de cette façon, la femme perdait continuellement.

Les douleurs, qui avaient débuté après la délivrance, augmentèrent et se localisèrent surtout du côté gauche. Elle entre alors à la Pitié, dans le service de M. Reclus, pour une salpingite gauche et une métrite; traitement : repos au lit, injections vaginales chaudes. Elle quitte le service à peu près bien portante, mais sous l'influence de la marche, les douleurs ne tardèrent pas à la reprendre. Il y a 4 mois, sans motif apparent, les douleurs revinrent beaucoup plus intenses et le 17 février la femme eut une crise d'une violence inouïe, c'est alors qu'elle entre à l'hôpital. La malade perd toujours en blanc, elle est très affaiblie et tousse beaucoup, mais n'a pas de fièvre depuis son entrée à l'hôpital.

Examen. — Femme petite, maigre, ne semblant pas anémiée.

On ne trouve rien au cœur, le sommet des poumons est doux.

Le ventre est très flasque, les deux muscles droits sont écartés de quatre bons travers de doigt. Dans le flanc droit, on sent une tumeur lisse, du volume d'une mandarine, qui semble être le rein droit ectopié.

La palpation douloureuse ne donne aucun renseignement. La vulve et le vagin sont normaux. Le corps de l'utérus est

gros, déchiré, situé sur la ligne médiane, il regarde un peu en arrière. Le corps de l'utérus est en antéversion marquée et un peu incliné à droite. Il se laisse assez bien mobiliser mais avec douleur; l'examen des 2 culs-de-sac est douloureux et dans le gauche on sent un gros cordon induré qui part de l'utérus et se dirige en arrière et en dehors.

Diagnostic. — Métrite hémorrhagique et salpingite probablement double.

Opération. — le 3 mars 1898. Anesthésie par l'éther.

M. Tuffier fait d'abord une *colpotomie postérieure* pour se rendre compte de l'état des annexes et dans l'espoir que cette incision suffira peut-être. Aussitôt le cul-de-sac postérieur ouvert, il s'écoule une quantité assez abondante (un verre environ) d'un liquide couleur chocolat contenant des caillots noirâtres, et peut-être quelques lambeaux de membranes. Le doigt introduit dans le Douglas y rencontre une cavité assez spacieuse et close de toutes parts par des adhérences, au milieu desquelles semblent perdues les annexes droites, car on ne peut les trouver. Par contre la trompe gauche est grosse, indurée, tendue; l'ovaire est également augmenté de volume.

Dans ces conditions, M. Tuffier se décide à pratiquer l'*hystérectomie vaginale*: malgré ses adhérences postérieures, l'utérus vient assez facilement, grâce à l'hémisection antérieure. Une fois qu'il a basculé dans le vagin, on écrase les 2 ligaments larges près de leur insertion utérine à l'aide de l'angiotribe. L'instrument est appliqué 2 fois (1 fois pour la moitié supérieure, 1 fois pour la moitié inférieure) sur chaque ligament. Pas d'incident opératoire, l'hémostase est parfaite.

Deux mèches aseptiques dans le vagin, sonde dans la vessie. Durée de l'opération: 25 minutes.

Suites opératoires. — Dans l'après-midi, la malade est assez mal, elle a beaucoup souffert; pas de vomissements. Glace, champagne. Température du soir, 37°2. Piqûre de morphine.

4 mars. Toujours des douleurs dans le bas-ventre, la malade est très abattue. Le teint est pâle. Langue humide et rose: Température du matin et du soir: 37°9; pouls: 128. Le ventre est un peu ballonné et très sensible. La compresse de la vulve est fortement tachée de sang. La malade a des envies continuelles de vomir et ne peut aller à la selle malgré des lavements à la

glycérine. A 10 heures du soir on lui fait une injection sous-cutanée de 1500 gr. de sérum. A minuit quelques vomissements bilieux.

5 mars. La malade est pâle, elle a les traits tirés, les yeux cernés, elle ne souffre pas. Son ventre est très ballonné et on arrache des cris à la malade si on cherche à la palper. Température : 37°2. La malade ne vomit pas, mais a de temps en temps des hauts de cœur. Ni gaz, ni selles. Depuis hier midi, 125 gr. d'urine seulement. M. Tuffier pense que quelqu'anse intestinale doit être pincée au fond du vagin par des adhérences. On donne d'abord à la malade un lavement à haute pression, puis on enlève les tampons vaginaux qui sont tachés de sang. Le doigt introduit ne constate rien d'anormal et on replace une mèche dans le vagin. Injection de 1500 gr. par le sérum.

A 2 heures de l'après-midi, les symptômes de péritonite s'étant accentués, M. Bonamy, interne du service, fait une laparotomie : chloroforme, ouverture sur la ligne médiane, l'intestin, dilaté par les gaz, vient faire hernie dans la plaie ; on le ponctionne avec l'aspirateur de Potain ; la piqûre est fermée par deux points de Lembert. Dans le petit bassin, on trouve une certaine quantité de sang épanché, mi-partie liquide, mi-partie solide qui semble venu d'une ancienne hématocele ou plutôt de la poche d'une grossesse extra utérine infectée ; l'hémorragie est arrêtée car aucun vaisseau ne donne. On éponge soigneusement le petit et on fait passer une mèche du ventre dans le vagin en ayant soin qu'elle ressorte par la plaie abdominale. Suture en deux étages.

La malade se remet un peu, mais vomit toujours. A huit heures, injection sous-cutanée de 1500 gr. de sérum. Température du soir, 38°3.

6 mars. La malade va de plus en plus mal, elle vomit un liquide vert noirâtre. Elle n'a pas encore eu le moindre gaz par l'anus, ni la moindre selle. La température du matin est de 37°3, le pouls est à 130, filiforme, irrégulier. L'après-midi, injection sous cutanée de 1500 gr. de sérum. Température du soir : 39°4. Nuit sans sommeil.

7 mars. La malade est dans le même état. A midi, 1500 gr. de sérum. Température du soir : 38°. A 3 heures du matin, la malade meurt en pleine connaissance après une terrible agonie. — Cette femme est morte de péritonite, l'autopsie a été faite avec

le plus grand soin par M. le docteur Dumont et M. Barbarin, interne du service. D'autre part, M. Barbarin a injecté à la gélatine les artères utérines et utéro-ovariennes. La préparation obtenue était excellente et absolument démonstrative. M. Barbarin a disséqué ces artères, et on voyait de la façon la plus évidente que l'hémostase des ligaments larges était parfaite ainsi que la cicatrisation vasculaire. L'injection avait pénétré jusque dans les plus petites artérioles et s'arrêtait à une certaine distance de l'endroit écrasé par l'angiotribe.

OBSERVATION X

Utérus fibromateux et annexite droite.

Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligature par le procédé de M. Tuffier. — Guérison.

Madame D..., 38 ans, sans profession, entre à l'hôpital parce qu'elle souffre des reins et a des envies fréquentes d'uriner. Elle fut réglée à 16 ans, toujours irrégulièrement, jamais de pertes étant jeune fille. Mariage en 1879 et accouchement en 1882 d'un enfant actuellement vivant. Les suites de couches furent bonnes. En 1887 bronchite, et deux ans après, attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Histoire de la maladie. — Il y a un an, cette femme s'aperçut qu'elle urinait très difficilement, il lui fallait parfois une demi-heure. En février dernier, elle eut une assez longue retenue d'urine qui la rendit malade 8 jours, pendant lesquels elle fut prise de pertes rouges avec quelques caillots. Depuis cet accident la femme urine plus facilement, mais elle a souvent des pertes et souffre beaucoup.

Examen. — Femme grande, bien constituée, non anémiée. Rien d'anormal ni du côté du cœur, ni du côté des poumons. Les flancs sont libres. On sent dans l'hypogastre une tuméfaction profonde atteignant presque l'ombilic et plongeant dans le petit bassin.

Le col de l'utérus est gros, de consistance normale, non ulcéré et situé dans l'axe du vagin. Le corps de l'utérus est en anté-

flexion marquée. Il est plus gros que les deux poings réunis, bosselé, dur, non douloureux et mobile. Les culs-de-sac sont occupés, le postérieur par une masse arrondie, dure, non mobile, non douloureuse du volume d'une grosse noix verte; dans la gauche, on sent le pied du ligament large; le cul-de-sac latéral droit est douloureux au toucher : on y sent une sorte de tuméfaction mal limitée et assez volumineuse.

Diagnostic probable. — Utérus fibromateux, l'un des fibromes est développé aux dépens de la paroi postérieure de l'isthme de l'utérus et occupe le cul-de-sac postérieur. Prolapsus annexiel double.

Opération. — Le 10 mars 1898, *Hystérectomie vaginale* par morcellement, sans pincés, ni ligatures. — Anasthésie par l'éther. Aussitôt le col saisi, on voit que l'utérus n'obéit pas aux tractions qu'on exerce sur lui. Lorsqu'on a incisé le cul-de-sac postérieur, on tombe d'abord sur un petit fibrome du volume d'une noix qu'on enuclée facilement, mais au-dessus de ce fibrome, il existe de nombreuses et solides adhérences. Il est assez difficile ensuite d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, car la face postérieure de la vessie est intimement unie à la face antérieure de l'utérus. Hémisection du col et d'une partie du corps, puis on procède au morcellement de l'organe. Ce morcellement est long et laborieux : l'utérus est très gros, farci de myomes de tout volume mais dont les plus gros ne dépassent pas le volume d'une noix. En outre l'organe est solidement fixé à sa partie inférieure : à ce niveau, il est maintenu par de petits fibromes qui sont infiltrés dans le ligament large gauche et qu'il est très difficile d'énucléer. Enfin tout l'organe descend peu à peu après des morcellements successifs. Quand le fond a basculé dans le vagin, on écrase les ligaments larges à l'angiotribe (2 applications par ligament) ; on résèque les annexes droites qui sont malades, mais M. Tuffier tient à laisser celles de gauche qui semblent saines. L'hémostase est parfaite. Trois mèches dans le vagin. Sonde vésicale. Durée de l'opération : 50 minutes.

Suites opératoire. — La malade a un peu vomi après l'opération. Elle ne souffre pas, champagne. Température : 37°, 1.

11 mars. La malade va très bien, son ventre est souple, à peine sensible à la pression. Urines : 1000 gr. Température du soir 37° 2.

12 mars. Les compresses vaginales sont à peine salies, un lavement amène une selle.

13 mars. Un peu de suintement vaginal fétide ; les mictions sont spontanées et non douloureuses. Température du soir : 37°,2.

15 mars. On enlève les mèches vaginales qui sont assez sales. Pas de sang.

16 mars. Le ventre est un peu ballonné par les gaz, il y a un écoulement jaunâtre par le vagin.

21 mars. La malade souffre un peu en urinant, les injections sortent toujours un peu sales.

25 mars. Les mictions sont redevenues normales.

29 mars. La malade quitte l'hôpital guérie.

Le toucher vaginal est un peu douloureux, le vagin est terminé en cône aufractueux et légèrement granuleux.

OBSERVATION XI

Péri-méthro-salpingite.

Hystérectomie vaginale par morcellement, sans pinces à demeure et sans ligature. — Guérison.

Marguerite B..., âgée de 24 ans, brocheuse, eut une ophtalmie purulente blennorrhagique à sa naissance. Rougeole à 7 ans. Réglée à 13 ans, régulièrement ; pertes blanches continues. Cette femme a eu deux enfants, le premier, à l'âge de 19 ans, le second, à 22 ans.

La première grossesse, accompagnée de douleurs très vives dans le ventre, se termina par un accouchement très laborieux à 7 mois ; huit jours après se déclara une péritonite qui dura 2 mois. Depuis, le ventre resta toujours sensible, la femme avait de fréquentes douleurs, augmentées par la station debout et la marche ; des envies fréquentes d'uriner, une constipation opiniâtre ; des pertes jaune-verdâtre continues.

En ce moment, cette femme est atteinte de douleurs très vives dans la fosse iliaque, s'irradiant dans tout l'abdomen, non calmées par le repos au lit, exaspérées par la marche et la pression de la main sur l'abdomen. La palpation ne donne pas

d'autre renseignement; au toucher, on sent un col gros, granuleux, immobile, laissant écouler une sécrétion muco-purulente que les doigts ramènent en dehors; ce col est un peu dévié à gauche et en avant. Le corps utérin n'est pas perceptible au milieu de la masse énorme qui remplit le petit bassin. Cette masse est très dure, sauf au niveau du cul-de-sac postérieur, où elle présente un point ramolli, elle est irrégulière, absolument immobile et excessivement douloureuse.

Diagnostique. — Péri-méthro-salpingite.

Opération. — Le 10 mars 1898, *Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures*. De l'incision du cul-de-sac postérieur, il s'écoule une quantité abondante (un bon verre) de pus jaunâtre, assez liquide, sentant excessivement mauvais. Le doigt introduit dans la plaie rencontre une quantité d'adhérences qui maintiennent l'utérus fortement fixé en haut: il est absolument impossible de le faire descendre. Dans ces conditions, M. Tuffier se voit obligé de pratiquer le morcellement sur place, qui est ici excessivement long et pénible. L'utérus, une fois extirpé, on remplace les pinces placées successivement sur les moignons ligamenteux et les grosses adhérences par des applications de l'angiotribe. L'une de ces adhérences haut situées est très difficile à saisir entre les mors de l'instrument, elle se déchire et fuit à tout instant; d'où une petite hémorrhagie assez rebelle qu'on parvient cependant à arrêter. Quand l'hémostase est parfaite, on place deux mèches dans le vagin, une troisième en avant. Sonde vésicale. Durée de l'opération: 1 heure.

Suites opératoires. — La malade a été très agitée toute la soirée, elle a vomi à plusieurs reprises du liquide jaunâtre. Les urines obtenues par la sonde sont troubles.

11 mars. La malade est très abattue, excessivement pâle, souffrant du ventre et des reins et d'une brûlure dans le vagin. Pouls à 124, régulier, assez faible. Ventre très gros, ballonné, dur et sensible. Compresse vulvaires teintées de rouge, le suintement vaginal est assez notable.

12 mars. La malade va un peu mieux, elle souffre toujours beaucoup. Langue très sale. Pouls 116. Ventre toujours gros, dur, sensible. Compresse vulvaires un peu rouges.

13 mars. Le ventre est toujours gros. Purgation. Compres-

ses vulvaires à peine tachées en rose. On retire la sonde vésicale, mais la malade ne pouvant uriner seule, on est obligé de la sonder à 2 reprises.

15 mars. La malade éprouve toujours une sensation de pesanteur dans les reins et l'épigastre. Le ventre est moins ballonné mais toujours sensible. Le cathétérisme est très douloureux (petite eschare au méat). Pertes vaginales jaune-brunâtres assez abondantes et sentant très mauvais.

18 mars. La malade se trouve bien mieux depuis ce matin c'est-à-dire depuis qu'on lui a enlevé les mèches. Celles-ci étaient noires avec, à leur extrémité, un peu de sang rouge.

22 mars. Le ventre est toujours gros mais moins sensible, au dessus du pubis, on sent toujours un empatement mais il est moins accentué.

29 mars. La malade va bien mieux depuis que l'on draine son vagin avec des mèches.

2 avril. Toujours des pertes jaunes. Mictions à peu près normales. L'empatement situé au dessus du pubis a disparu.

20 avril. La malade guérie va se reposer au Vésinet.

OBSERVATION XII

Suppuration pelvienne.

*Hystérectomie vaginale par le procédé de M. Tuffier.
Guérison.*

La nommée Gu. 31 ans, domestique entre à l'hôpital « parce qu'elle souffre beaucoup du bas ventre ».

Elle eut la fièvre scarlatine à 13 ans. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Pas de pertes blanches. En 1885, premiers rapports sexuels ; ils ne sont suivis d'aucun symptôme d'infection blennorrhagique. La malade est enceinte aussitôt. C'est de cette grossesse que datent les maux de la femme.

Histoire de la maladie. En mars 1886, accouchement à terme, suivi de douleurs dans le bas-ventre et d'un écoulement verdâtre ; trois semaines après, attaques de rhumatisme polyarticulaire aigu. L'écoulement leucorrhéique de la malade persiste pendant plusieurs années et souvent la malade est

atteinte de douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre, surtout à droite. A la fin de février, à la suite d'une fatigue, une violente crise douloureuse se déclare et la malade, alitée, entre à la Pitié. Son ventre est ballonné, très douloureux surtout à droite, où la percussion dénote une obscurité du son. Au toucher, on trouve l'utérus repoussé en avant et immobilisé par une tumeur occupant le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit. La température du matin est de 38.5. Le pouls est à 124. On porte alors le diagnostic de péri-métrasalpingite à la suite d'infection puerpérale. Traitement : Glace sur le ventre, injections vaginales chaudes ; lavements quotidiens.

Les jours suivants, sous l'influence du traitement, la malade va un peu mieux, mais comme la température ne revient pas à la normale, M. Tuffier pense que du pus a dû se collecter dans le petit bassin et une intervention est décidée.

Les flancs de la malade sont libres : au toucher, on sent un col effacé, déchiré, regardant à gauche ; le corps de l'utérus est refoulé en avant par une induration diffuse occupant les cul-de-sacs latéral droit et postérieur ; le cul-de-sac gauche est libre ;

Diagnostic. — Suppuration pelvienne d'origine génitale. —

Le 17 mars, la malade est opérée. A l'incision du cul-de-sac postérieur, il s'écoule du péritoine une certaine quantité du pus jaune clair. Le doigt introduit dans l'incision sent une tuméfaction rénitente, on l'ouvre et il s'écoule deux grands verres de pus. On lave le vagin à l'eau bouillie et on place trois mèches de gaze aseptique.

Diagnostic opératoire. — Péritonite enkystée et salpingite suppurée.

Après son opération, la malade continue à souffrir, elle n'a pour ainsi dire pas de fièvre, mais elle ne se remet pas. Le 23 mars, six jours après, on décide une nouvelle intervention.

Par le toucher vaginal, très douloureux, on sent un utérus immobilisé par une grosse masse située dans la moitié droite du bassin.

Opération. — *Hystérectomie vaginale sans pincés ni ligature.* — Une fois les culs-de-sac ouverts on s'aperçoit que, malgré tous les efforts, l'utérus ne descend pas. Il est solidement fixé en haut, en avant et à gauche par de fortes adhérences : d'où

la nécessité de la morceller. Peu à peu cependant, avec beaucoup de peine, il finit par descendre : on donne quelques coups d'angiotribe sur les ligaments larges et les grosses adhérences qui donnent du sang : L'opération est terminée ; on met des mèches de gaze dans le vagin, des compresses vulvaires. Sonde vésicale.

Suites opératoires. — Quelques vomissements. Injection sous-cutanée de 1500 gr. de sérum.

25 mars. La malade est assez fatiguée ; elle ne souffre presque pas. La température du matin, 38°7. Pouls, 100. Urines, 653 grammes. Température du soir, 38°5. Nuit assez bonne.

26 mars. La malade a des envies de vomir. Le ventre est souple, non douloureux. Les compresses vaginales sont sales. Un lavement provoque plusieurs selles, ce qui soulage la malade. Le soir il y a de la fièvre (38°9).

27 mars. L'aspect général est meilleur, la température le matin est à 38°2. On retire la sonde, les mictions sont spontanées. La température du soir, 39°.

28 mars. La malade se trouve assez bien, malgré un peu de fièvre. On retire les compresses qui sont très sales et on fait une injection vaginale.

30 mars. La température de la malade oscille autour de 38°. Les injections vaginales sortent toujours un peu sales. La malade tousse par quintes et présente bien l'aspect d'une tuberculeuse.

3 avril. L'état de santé de la malade est meilleur.

7 avril. Les pertes vaginales sont très diminuées, le ventre reste un peu ballonné et sensible à la pression.

18 avril. La malade va très bien ; son appétit est excellent, elle a encore quelques pertes ; elle se sent assez forte pour quitter l'hôpital,

OBSERVATION XIII.

Annexite

*Hystérectomie vaginale par le procédé de M. Tuffier.
Guérison.*

Adèle L., 28 ans, couturière.

Opération. — 26 mars 1898. Ether. On commence par faire une laparotomie et le ventre ouvert, on a sous les yeux un cor-

don violacé gros comme l'index et deux fois long comme ce doigt. En le détachant de ses adhérences pariétales, on reconnaît que c'est la trompe droite considérablement dilatée ; un gros ovaire kystique lui est accolé à l'endroit où elle se fixe à la corne utérine droite. On la résèque et on examine les annexes de l'autre côté : on les trouve grosses, enflammées, adhérentes, l'utérus est également gros, douloureux et fixé. M. Tuffier se décide alors à pratiquer *l'hystérectomie vaginale*.

La plaie abdominale est refermée et pansée, on place la femme en position obstétricale. L'hystérectomie vaginale est difficile et longue, à cause des adhérences qui retiennent l'utérus et l'empêchent de descendre et de basculer. On est obligé de pratiquer l'ablation de l'organe par morcellement sur place. Les adhérences saignant beaucoup, on les pince avec des clamps. Application de l'angiotribe : 3 prises pour le ligament large droit, 2 pour le gauche. Ecrasement des adhérences pincées par des clamps. L'hémostase est parfaite.

Mèche, pansement ; sonde vésicale. Durée : 1 heure 1/4.

Suites opératoires. — L'après midi fut assez mauvaise. Quelques vomissements. Injection sous cutanée de sérum (740 grammes).

27 mars. La malade ne souffre pas, son pouls est bon (100 pulsat.) Langue un peu sale. Le ventre n'est ni ballonné, ni sensible. Température du soir : 37°1.

28 mars. La malade va bien, mais se trouve très fatiguée, on change les compresses vaginales qui sont un peu sales mais non rouges.

29 mars. La malade souffre un peu, les compresses vaginales sont toujours sales et M. Tuffier les fait retirer pour ne pas infecter la plaie abdominale.

30 mars. Les injections vaginales sortent sales. La malade perd un peu en jaune rousâtre.

3 avril. On retire les fils de la plaie abdominale parfaitement réunie. Les injections ne sortent pas encore claires.

9 avril. La malade est aussi bien que possible. Les mictions et les urines sont normales. Toujours quelques pertes jaunes.

18 avril. Les pertes ont presque disparu, la malade va quitter l'hôpital tout à fait guérie.

OBSERVATION XIV.

Métrite et salpingite probablement tuberculeuse.

Hystérectomie vaginale (procédé de M. Tuffier). Guérison.

Lo..., 34 ans, ménagère, à son entrée dans le pavillon, se présente dans l'état suivant : femme de taille moyenne, bien constituée, très maigre, très anémiée.

Le ventre de cette malade est flasque, présentant des vergetures anciennes en grand nombre.

Au niveau de la partie interne de la fosse iliaque droite, on perçoit un peu de matité, à cet endroit, par la palpation, on sent une tuméfaction mal délimitable, située profondément, douloureuse, non mobilisable et ayant à peu près le volume du poing. La palpation et la percussion éveillent de la douleur dans tout le ventre.

La vulve laisse écouler un liquide purulent, jaune pâle, fétide. Au toucher, on sent un col petit, ulcéré, appliqué contre la paroi postérieure du vagin. Le corps de l'utérus, situé dans l'axe du vagin, est immobilisé par une masse qui englobe une partie de sa face postérieure, son bord droit et toute sa face antérieure. Cette masse, qui a environ le volume du poing, fait surtout saillie dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent un cordon très tendu, douloureux, du volume du petit doigt partant du bord utérin et se dirigeant en dehors.

Diagnostic. — Péri-méto-salpingite.

Opération. — Le 6 avril 1895. *Hystérectomie vaginale sans pincés. ni ligatures.* — Aussitôt le cul-de-sac incisé, on tombe sur une grosse poche située à droite et assez élevée, poche à parois très épaisses et solidement fixée par des adhérences. On doit l'inciser avec des ciseaux : il s'écoule aussitôt un verre de pus qui est épais, gris-jaunâtre, granuleux, sentant très mauvais. On procède alors à l'extirpation de l'utérus qui est assez gros, mais mou. L'organe se laisse difficilement abaisser à droite, retenu qu'il est par de fortes adhérences. On arrive cependant à le libérer et à le faire basculer en entier : deux applications

d'angiotribe sur chaque ligament large ; section. L'hémostase est parfaite, 3 mèches dans le vagin. Sonde vésicale. L'utérus extirpé est gros, ses parois sont épaisses, gris-blanchâtres et molles. Vers le fond, surtout du côté de la corne droite, la séreuse offre de petites granulations opalescentes du volume d'un grain de mil. Tout porte à croire qu'on se trouve en présence de lésions tuberculeuses.

Suites opératoires. — L'après-midi n'a pas été bonne ; la malade le soir était très excitée, après avoir eu une assez longue prostration dans la journée. Les compresses vulvaires étaient un peu teintées de sang. Température : 37°2.

7 avril. La malade souffre peu, mais son état général n'est pas bon. Pas de fièvre.

8 avril. La malade va aussi bien que possible, mais elle tousse beaucoup. On retire la soude vésicale et la malade a pu uriner spontanément. Les compresses vulvaires sont un peu tachées.

10 avril. On retire les mèches vaginales qui sont souillées, et on fait une 1^{re} injection vaginale qui ramène pas mal de saletés.

12 avril. Les injections vaginales sortent à peines teintées, la malade dans l'intervalle, a quelques pertes.

19 avril. La malade va très bien, mais tousse énormément.

24 avril. La malade commence à se lever. Pertes vaginales peu abondantes.

30 avril. Les forces ne reviennent pas vite. Il n'y a plus de pertes.

Le 7 mai. La malade, qui est très bien, quitte l'hôpital. Les mictions sont tout à fait normales. Au toucher, on sent le fond du vagin, lisse, avec au centre, une cicatrice irrégulière, dure, peu douloureuse.

OBSERVATION XV

Fibrome utérin et suppuration pelvienne.

Hystérectomie vaginale suivant le procédé de M. Tuffier.
Guérison.

Adèle D..., 24 ans, domestique, réglée à 19 ans, toujours irrégulièrement. Accouchement normal le 4 août 1897, suivi, quinze jours après de pertes blanches. Ces pertes, depuis cette époque, n'ont pas cessé.

C'est une personne bien constituée, non anémiée; rien au cœur, ni aux poumons. Son ventre est souple, non douloureux à la palpation. Au-dessus du pubis, un peu à droite, on constate une petite zone de matité du volume d'une grosse mandarine. Le col utérin est ulcéré, sa lèvre antérieure est épaisse. Le corps semble en antéflexion et occupé par une tumeur du volume d'une grosse mandarine. Cette tumeur est à peu près immobile, dure, douloureuse et située dans les culs-de-sac antérieur et latéral. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent deux petites nodosités dures et douloureuses.

Diagnostic probable. — Fibrome utérin compliqué de lésions annexielles, mais comme une grossesse est possible, on remet l'opération à plus tard.

Opération. — Elle est pratiquée le 24 avril 1898, l'état de la malade ne s'étant pas modifié et plusieurs accoucheurs ayant déclaré qu'il ne s'agissait presque sûrement pas d'une grossesse. — Éther. *Hystérectomie vaginale* : Aussitôt le cul-de-sac postérieur incisé, le doigt qui explore le Douglas rencontre et rompt plusieurs poches plus ou moins volumineuses, d'où il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide jaunâtre, mélangé de sang. Ce liquide est presque limpide et ne sent pas mauvais; pas trace de pus. Tout le petit bassin est clos par des adhérences qu'on parvient cependant à détacher assez facilement du côté de l'utérus. On ne sent pas l'ovaire gauche. Le droit est haut situé et semble du volume ordinaire et de consistance normale. L'ouverture d'un cul-de-sac vaginal antérieur est assez difficile à cause de la présence d'un fibrome gros comme une noix, développé dans la paroi antérieure de l'utérus et qui adhère à la vessie. — Hémisection de l'utérus. On parvient assez facilement à faire basculer dans le vagin le fond de l'organe, le myome de la paroi antérieure étant assez mou et malléable. Écrasement direct à l'angiotribe (2 applications) des ligaments larges. Section de ces ligaments à leur insertion utérine. L'hémostase est parfaite.

Trois mèches dans le vagin. Sonde vésicale. Durée : 30 minutes.

Suites opératoires. — La malade a vomi plusieurs fois après l'opération. Il y a un peu de suintement vaginal. Température du soir : 37°.

22 avril. Aspect de la malade très satisfaisant, le ventre est très sensible, mais souple. Température le soir : 37°6.

23 avril. La malade est aussi bien que possible ; elle ne souffre nullement. On retire la sonde vésicale ; miction normale.

24 avril. Les mèches vaginales qui étaient sales, mais non rouges ont été retirées. Une première injection vaginale ressort roussâtre.

27 avril. La malade est très bien. Urines claires, abondantes ; pertes jaunes sentant mauvais ; on met des mèches dans le vagin, craignant que le drainage ne se fasse mal.

4 mai. La malade va bien, mais a toujours des pertes.

15 mai ; la malade va assez bien, encore des pertes : au fond de son vagin, on sent une masse indurée. Elle va se reposer au Vésinet.

OBSERVATION XVI

Cancer de l'utérus

Hystérectomie vaginale sans pinces, ni ligature. Guérison relative.

Marie Tr., sans profession, 32 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole à 7 ans. Réglée à 15 ans, très régulièrement. Cette femme depuis l'âge de 12 ans a toujours eu des pertes. Deux accouchements normaux avec des suites de couches très bonnes. Le second accouchement à 26 ans.

Pendant ses règles, il y a trois ans, la malade fit une chute dans son escalier, elle garda le lit pendant 3 semaines perdant énormément de sang et ayant un écoulement jaune très fétide. Le médecin qui le soignait, la toucha et trouva son col ulcéré et végétant. Depuis, elle perd beaucoup de sang rouge avec un ichor fétide, et souffre énormément.

En l'examinant, on voit que c'est une femme bien constituée, amaigrie ayant un teint jaune cachectique. Son ventre est assez tendu, le palper et la percussion ne donnent aucun renseignement.

La vulve et le vagin sont assez étroits. Dans le fond de ce dernier, on sent une masse circulaire, irrégulière, indurée, ulcérée, non douloureuse, mobile, présentant en son centre un long orifice. Cette masse qui saigne quand on la touche est manifeste.

tement formée par le col utérin envahi par un néoplasme. Le corps est un peu gros, en antéflexion, lisse, de consistance normale, très mobile, non douloureux. Les culs-de-sac paraissent libres, celui de gauche cependant est un peu douloureux. Par le toucher rectal, on constate que les parois du rectum ne sont pas envahies.

Diagnostic. — Cancer de l'utérus probablement limité au col.

Opération. — Le 23 avril 1898. Chloroforme. *Hystérectomie par angiotripsie.* — Dès l'incision du cul-de-sac postérieur, on peut se convaincre que le pied du ligament large gauche est envahi. En outre, la face postérieure de l'utérus dans sa moitié inférieure est également indurée. A droite, le ligament large est libre. L'hystérectomie se fait d'ailleurs suivant le mode habituel sans la moindre difficulté.

L'extirpation de l'organe est précédée d'une double application de l'angiotribe sur chaque ligament large. A gauche, l'instrument est placé aussi dehors que possible de façon à dépasser les limites de l'infiltration néoplasique. L'hémostase est parfaite des deux côtés, malgré la vascularisation des ligaments, surtout du gauche. L'opération terminée, on s'aperçoit au moment de mettre les mèches que la tranche vaginale postérieure donne abondamment ; elle est également infiltrée par le cancer. Application de l'angiotribe : hémostase parfaite ; 3 mèches de gaze aseptique. Sonde vésicale. Durée de l'opération : 1/2 heure.

Suites opératoires. — Dans la journée, un écoulement vaginal rougeâtre a taché la compresse.

24 avril. Ventre souple, sensible à la pression. Il y a un suintement vaginal sentant mauvais.

25 avril. On retire la sonde uréthrale, mictions spontanées un peu cuisantes.

26 avril. La malade se sent très faible. Le suintement vaginal est beaucoup moindre.

29 avril. On retire les mèches vaginales qui sont très sales. Les mictions sont normales.

8 mai. On a remis des mèches vaginales, on les change tous les deux jours.

13 mai. Au toucher, on sent dans le fond du vagin une masse

bourgeonnante saignant facilement, c'est une récurrence néoplasique.

19 mai. La malade retourne chez elle, ne souffrant plus, mais perdant toujours.

OBSERVATION XVII

Fibrome de l'utérus.

Hystérectomie par augiotripsie suivant le procédé de M. Tuffier. Guérison.

Madame Le.... 52 ans, commerçante.

Premlères règles à 14 ans, régulières. Pas de pertes blanches. Ménopause à 49 ans. A 39 ans, la malade a commencé à sentir des élancements dans le côté droit et vit son ventre grossir un peu. Elle entra à l'hôpital et M. Berger lui enleva un kyste de l'ovaire.

Il y a deux ans, la malade a ressenti des douleurs vagues dans le bas-ventre sans localisations spéciales, s'irradiant vers les cuisses. En même temps la malade avait des pertes tantôt jaunes ou verdâtres, tantôt teintées de sang, toujours d'odeur fétide. Depuis deux mois, les pertes sont devenues très abondantes, le ventre a un peu augmenté, il est devenu douloureux. La malade est très constipée et dit avoir maigri de 13 kilogr.

C'est alors qu'elle entre à l'hôpital. En l'examinant on trouve un ventre gros, à parois épaisses, ne présentant rien d'anormal. La vulve et le vagin sont très étroits. Le col de l'utérus est conique, petit, de consistance normale, arrondi, ferme, regardant un peu en avant. On ne peut sentir le corps de l'utérus. Les culs-de-sac sont libres. Par le toucher rectal, en remontant très haut, on arrive à percevoir une petite induration irrégulière, non douloureuse.

Diagnostic probable. — Cancer du col de l'utérus ou fibrome ulcéré.

Opération. — Le 26 avril; *hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures.* — Ether. — L'hystéromètre ne peut pénétrer que de quatre centimètres. Dès l'incision du cul-de-sac postérieur, l'index sent la face postérieure du corps utérin qui est en légère rétroversion. Cette face est dure, saillante. L'hémisection de l'utérus montre qu'il y a un petit fibrome du volume d'une noix

verte occupant la paroi postérieure de l'organe et faisant saillie dans la cavité qu'elle remplit complètement, et qui explique pourquoi tout à l'heure l'hystéromètre n'a pas pénétré plus avant. L'extirpation de l'utérus est assez difficile, malgré l'hémisection, à cause de l'étroitesse du vagin. Double application de l'angiotribe sur chaque ligament large. Hémostase parfaite ; 3 mèches de gaze aseptique ; sonde vésicale.

Suites opératoires. — La malade a vomi toute la journée et une partie de la nuit. Il y a un suintement vaginal rouge. Injection sous-cutanée de 1500 gr. de sérum.

27 avril. La malade est abattue et souffre à l'endroit où on lui a fait sa piqûre pour le sérum. Les pertes vaginales sont peu abondantes.

19 avril. La malade ne souffre plus de sa piqûre. Le ventre est souple, à peine sensible. Quelques pertes vaginales, jaunes-rosées.

4 mai. On retire les mèches qui sont assez sales. Première injection vaginale très sale.

19 mai. La malade quitte l'hôpital pour aller se reposer quelques semaines au Vésinet. Elle va très bien. Les pertes ont disparu. Au toucher : le fond du vagin est plissé, non granuleux, indolore.

La malade revient se montrer à l'hôpital, le 27 juin, elle va bien, présentant cependant un peu d'érythème vulvaire. L'état général est très bon.

OBSERVATION XVIII

Hématocèle retro-utérine (ancienne), Salpingite kystique. Hystérectomie vaginale par angiotripsie (procédé de M. Tuffier), mort par congestion pulmonaire grippale.

Marie Dek... (24) ans, mécanicienne.

A l'âge de 8 ans, aux Enfants-Malades, on l'opère d'un polype de l'urèthre. Rougeole à 12 ans. Régulée à 14 ans, toujours mal ; leucorrhée depuis l'âge de 18 ans.

Premier enfant, il y a 5 ans : accouchement normal, (à la Pi-

tié). L'année suivante la femme à des pertes et des douleurs dans le ventre. Deuxième enfant (chez elle). Tout semble normal : retour des règles : quatre mois après.

Il y a sept semaines : première hémorrhagie à la fin des règles . accompagnées de douleurs et d'un mouvement fébrile. De plus la malade présente des crises paroxystiques de douleurs comparables à des coliques et assez fortes pour amener une syncope; elles durent 4 à 5 heures et sont suivies d'une recrudescence de l'hémorrhagie. Elle prédominent à droite.

En l'examinant, on voit que c'est une femme bien constituée, anémiée cachectique. Le ventre est normalement bombé, souple, présentant des vergetures anciennes. Au niveau de l'hypogastre, on sent une tuméfaction profonde, diffuse, assez dure, douloureuse se prolongeant dans la fosse iliaque droite.

La vulve et le vagin sont étroits ; le col utérin regarde un peu en arrière, il est gros, ulcéré, cylindrique, mobilisable. Le corps de l'utérus semble de volume normal ; il est en antéverson-flexion, mobile, non douloureux. Derrière lui, on sent une masse assez molle venant bomber dans le cul-de-sac postérieur. Cette tumeur est assez mobile, mais le col suit les mouvements qu'on lui imprime. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une deuxième tumeur très mobile, fluctuante, de la grosseur d'une petite orange, douloureuse au toucher.

Au toucher rectal, on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse pâteuse.

Diagnostic. — Collection salpingienne probablement suppurée. Hématocèle retro-utérine.

Opération. — Le 5 mai 1898. *Hystérectomie vaginale par angiotripsie.* — Aussitôt le cul-de-sac postérieur incisé il s'écoule une quantité assez abondante de liquide brun clair, renfermant des caillots noirâtres. Le doigt introduit par l'incision, sent une cavité bien limitée à parois lisses. A droite, bombe une poche que l'ongle de l'index rompt brusquement et d'où il s'écoule un demi verre environ d'un liquide jaune à peine louche. L'hystérectomie se fait ensuite sans la moindre difficulté ; les adhérences qui fixent l'utérus à droite et en haut étant facilement rompues ; 3 applications d'angiotribe pour le ligament large gauche, 2 pour le droit, une autre application sur une grosse adhérence : l'hémostase semble assurée, 3 mèches de gaze

dans le vagin après nettoyage avec des tampons de gaze. Sonde vésicale.

Suites opératoires. — La malade après s'être réveillée a beaucoup souffert. Dans les premières heures il y a un suintement vaginal assez abondant arrêté dans la soirée. Température du soir : 39°6 ; Pouls : 88. Le ventre est bien souple.

6 mai. La malade a de la fièvre (38°5). Pouls : 120, Le ventre est souple, un peu ballonné cependant. Suintement vaginal assez abondant. Température du soir : 40°. Injection sous-cutanée de 1,500 gr. de sérum.

7 mai. Toujours de la fièvre. Température 39°5. Le ventre n'est ni tendu, ni ballonné, ni sensible à la pression, il est très souple. Pouls : 140. Dans la soirée, pensant à des accidents de rétention, on retire les mèches (fortement imbibées de sang rouge brun). Nettoyage à sec et prudent du vagin. Le soir, température : 40°4. Injection de 1,500 gr. de sérum.

8 mai. Même état, on fait un drainage du vagin à l'aide d'une longue mèche et d'un drain.

9 mai. La malade à 40° le matin. Langue sèche, ventre souple non ballonné, non douloureux ; compresses vulvaires tachées de sérosité. La malade tousse un peu.

10 mai. Un peu de congestiou (râles fins) aux bases des deux poumons, surtout à droite. Température du matin et du soir : 40°.

11 mai. La malade est dans le même état. M. Tuffier, craignant qu'il ne s'agisse là, ainsi qu'il l'avait cru tout d'abord, d'une infection partielle du péritoine, charge M. Bonamy, interne du service de pratiquer une laparotomie. Cette opération est faite à 9 heures du soir. Chloroforme. Durée : 1/2 heure. Le ventre ouvert sur la ligne médiane, au dessus de l'ombilic, on trouve collecté, au milieu d'adhérences du liquide roussâtre, légèrement trouble (environ 1/2 verre à Bordeaux). On ne trouve, à part cette collection, rien d'anormal. Il est difficile de croire que c'est dans le petit bassin qu'on doive placer la cause des symptômes présentés par la malade. Drainage abdomino-vaginal. Fermeture en deux étages. 1,500 grammes de sérum, Nuit mauvaise, délire.

12 mai. La malade est très mal, le pouls est imperceptible, la face est cyanosée. Température du matin ; 40°3. Dyspnée,

rales fins, matité aux bases des deux poumons. Morte à 11 heures.

L'autopsie n'a pu être pratiquée (opposition de la part de la famille). L'opération de M. Bonamy a montré qu'il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, d'un autre côté les symptômes pulmonaires présentés par le malade, pendant une épidémie de grippe à la Pitié, nous donnent presque la certitude que la malade est morte de congestion pulmonaire.

OBSERVATION XIX

Utérus fibromateux et péri-méthro-salpingite suppurée. Hystérectomie vaginale par angiotripsie après une colpotomie postérieure. Guérison.

La nommée Ev..., 55 ans, passementière, a eu la variole à 10 ans. Réglée à 15 ans, irrégulièrement. Elle a eu 2 enfants l'un à 18 ans, l'autre à 19 ans et demi. L'année suivante, fausse couche que l'on attribua à une déviation utérine. A 45 ans la ménopause s'est faite d'une façon très irrégulière. Après, la santé fut bonne.

Il y a sept semaines environ, elle fut prise brusquement de douleurs dans le bas-ventre avec de la fièvre et fut atteinte de pertes jaunes. Depuis cette époque, amaigrissement notable.

La malade est une femme de petite taille, assez bien constituée ; le ventre est large, flasque ; à la palpation profonde, on sent une masse mal limitée, immobile et sensible. Dans l'hypocondre droit, on fait rouler sous le doigt une petite tumeur assez sensible, grosse comme un œuf.

Le col de l'utérus est normal, non déchirée, mobile. Au dessus de lui, on sent une masse, grosse comme les deux poings, bombant dans le cul-de-sac postérieur, lisse, de consistance uniforme.

Diagnostic probable. — Utérus fibromateux.

Le 14 mai, on opère la femme Éther. A l'incision du cul-de-sac postérieur il s'écoule à peu près un verre à Bordeaux de pus crémeux. Le doigt introduit par l'ouverture qui vient d'être faite ouvre successivement deux poches, à peu près du même

volume. On reconnaît que l'utérus est bosselé fibromateux. Pour ne pas courir le risque d'une infection opératoire, M. Tuffier remet l'hystérectomie à plus tard. Double drain en T dans le Douglas et 2 mèches sèches. *Suites opératoires.* La malade est assez abattue pendant les deux jours qui suivent l'intervention, il s'écoule pas mal de pus, et la malade vomit très souvent. De ces symptômes, M. Tuffier se décide à pratiquer l'hystérectomie.

Opération. — Le 17 mai 1898. Éther. *L'hystérectomie vaginale* est des plus pénibles à cause des fortes adhérences qui retiennent l'utérus. Celui-ci est gros, mais peu fibromateux ainsi qu'on l'avait cru lors de la première intervention. C'est un utérus métritique, mou par place, friable. Pincement des ligaments larges et des adhérences qui saignent. Puis les clamps sont remplacés par l'écrasement à l'angiotribe. Hémostase parfaite; 3 mèches dans le vagin; sonde vésicale.

Suites opératoires. — Dans la journée la malade vomit. Glace à l'intérieur et sur le ventre. Injection de 1,500 gr. de sérum.

18 mai. La malade va très bien, le ventre est un peu ballonné pas de suintement vaginal notable. 1,500 gr. de sérum.

19 mai. On retire la sonde vésicale: mictions normales.

21 mai. Suintement vaginal peu abondant mais sentant très mauvais.

23 mai. Les mèches sont retirées très sales, 3 injections vaginales par jour.

25 mai. Les injections vaginales sortent presque claires. Suintement vaginal peu abondant.

28 mai. La malade ayant vomi, et ayant de la fièvre, M. Bonamy craignant une rétention de pus, fait donner plusieurs injections vaginales, il trouve au fond de la plaie une petite collection purulente qu'il évacue par le vagin. La fièvre tombe.

45 juin. La malade continue à aller très bien. Toujours un peu de suintement vaginal.

OBSERVATION XX

*Fibromes utérins, salpingo-ovarite.
Hystérectomie vaginale par le procédé de M. Tuffier. —
Guérison.*

Louise Mi..., 38 ans, caissière.

Rougeole à 7 ans; congestion pulmonaire à 15 ans, plusieurs attaques de rhumatisme. Très nerveuse. Premières règles à 15 ans, assez irrégulières, durant parfois une dizaine de jours.

Il y a 12 ans, un médecin diagnostique une rétroversion, 9 ans plus tard la malade a une métrorrhagie durant trois semaines. le médecin appelé parle d'un fibrome. Nouvelles hémorrhagies en 1896 et en 1897, ces dernières furent suivies d'un écoulement fétide. Les hémorrhagies se reproduisent en décembre 1897 et avril 1898; la femme entre alors à l'hôpital pour se faire opérer.

A la palpation, on ne trouve rien ni dans l'hypogastre ni dans les fosses iliaques. Le col est haut situé, dans l'axe du vagin, appliqué derrière la symphyse, il est gros, ulcéré, mobile sur le corps, douloureux au toucher. Le corps est situé en rétroversion-flexion; il a le volume du poing, de consistance dure, de surface irrégulière, bosselée. Il est très mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit, on voit un petit corps du volume d'une amande verte, très douloureuse (ovaire) et un cordon dur du volume du petit doigt se dirigeant vers l'utérus (trompe enflammée).

Diagnostic. — Fibrome utérin et salpingo-ovarite droite.

Opération — 14 mai 1898. *Hystérectomie vaginale par angiotripsie.* — Ether. Incision des culs-de-sac; légers débridements latéraux sur l'insertion supérieure de la paroi vaginale antérieure. Hémisection. Le fond de l'utérus vient très bien. On aperçoit à ce moment et on énuclée un fibrome interstitiel situé sur la face antérieure. Le fibrome a le volume d'une mandarine. Son extraction facilite beaucoup les autres temps de l'opération: l'utérus bascule facilement dans le vagin; on voit alors dans sa corne gauche (paroi postérieure) un autre fibrome interstitiel et plusieurs petits fibromes sous-péritonéaux sessiles. — Pincement du ligament large gauche à l'aide de 3 clamps; section; puis application de 2 coups d'angiotribe; ablation des clamps: hémostase parfaite. Le ligament large droit, au contraire est écrasé à l'angiotribe sans pincement préalable.

M. Tuffier a procédé de cette façon pour montrer aux médecins assistant à l'opération les 2 manières de faire qu'on peut employer pour l'angiotripsie). L'utérus extirpé, on sent une

trompe un peu enflammée (hypertrophiée et légèrement indu-rée) et un ovaire prolabé. M. Tuffier ne croit pas nécessaire de les enlever. 3 mèches dans le vagin.

Suites opératoires. — La malade se trouve très bien. Suintement rouge peu abondant.

15 mai. Ventre très souple, non ballonné, à peine sensible. Très léger suintement rosé.

18 mai. On retire la sonde vésicale, mictions normales non douloureuses. Il y a un écoulement vaginal peu abondant, sentant mauvais.

20 mai. On retire les mèches qui sentent très mauvais. Une injection vaginale revient très sale.

27 mai. La malade, en parfait état de santé, quitte le service. Les injections vaginales reviennent très claires. Il n'y a plus de suintement vaginal.

OBSERVATION XXI

Suppuration pelvienne.

Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures (Procédé de M. Tuffier). Guérison.

Louise Sch..., 26 ans cartonnrière, n'a pas eu de maladies dans son enfance. Premières règles à 14 ans, très régulières.

Quelques pertes blanches, accompagnées de douleurs. Mariée à 17 ans et demie, fausse couche à six mois. A 22 ans elle entre à l'hôpital où on la traite pour une salpingite du côté droit : repos au lit, injections chaudes ; sortie au bout de six semaines.

Depuis 2 mois, la femme est reprise d'élancements très douloureux dans les fosses iliaques et dans l'hypogastre s'irradiant vers la région lombaire. Pas de fièvre.

C'est une femme petite, chétive, non anémiée. Son ventre est normalement bombé, très sensible à la pression : on sent un empatement dans la fosse iliaque droite, dépassant de 2 travers de doigt le pli inguinal. Cet endroit est excessivement douloureux.

Au toucher : vulve et vagin étroits. Le col de l'utérus très

abaissé se laisse bien mobiliser, mais cela avec douleur. Dans les culs-de-sac latéraux droit et postérieur on sent une grosse masse irrégulière, très dure, excessivement douloureuse, immobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on perçoit une autre tuméfaction du volume d'une orange, dure, très douloureuse, immobile.

Diagnostic. — Salpingite double et périmétrite.

Opération, le 17 mai. — Ether. *Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures.* L'incision du cul-de-sac postérieur donne issue à une petite quantité de pus granuleux sentant très mauvais. Mais ce qu'on trouve surtout c'est une grande quantité d'adhérences excessivement solides, formant autour de l'utérus et très haut une gangue épaisse dans laquelle le doigt arrive à peine à se mouvoir. Aussi l'extirpation de l'utérus est elle des plus difficiles : On est obligé de morceller l'utérus sur place et de l'enlever par petits fragments. A la fin de l'opération, au moment où on achève d'extirper la corne utérine droite, il s'écoule de nouveau un peu de pus granuleux sentant très mauvais. Le doigt introduit dans le bassin croit sentir quelques granulations sur le péritoine pariétal de la paroi postérieure gauche (tuberculose ?). — L'hémostase, au cours de l'opération, a été établie par des pinces qu'on remplace par quelques coups d'angiotribe. L'hémostasie paraît assurée.

Trois mèches dans le vagin. Sonde vésicale.

Suites opératoires. — Quelques vomissements dans la soirée et dans la nuit. Suintement vaginal rouge peu abondant. Injection sous-cutanée de 1500 gr. de sérum.

18 mai. La malade se plaint de gargouillements qui la font beaucoup souffrir. Langue très mauvaise. Ventre dur, un peu ballonné, très sensible. Compresse vaginales un peu tachées. Le soir injection de 1500 gr. de sérum, pas de fièvre.

19 mai. La malade souffre moins, compresse vaginales à peine teintées. On retire la sonde vésicale ce qui permet à la malade d'uriner seule.

20 mai. Les compresse vaginales sont un peu sales. Il y a un suintement vaginal sentant mauvais.

23 mai. La malade va très bien. Les pertes vaginales ont disparu.

8 juin. La malade quitte l'hôpital en parfait état de santé.

OBSERVATION XXII

Métrite avec rétroversion adhérente.

Hystérectomie vaginale par angiotripsie (guérison).

La nommée Mo., 37 ans, ménagère.

Pendant l'enfance, coqueluche et rougeole. Légères attaques de rhumatisme, quelques maux d'estomac. Réglée à 13 ans, régulièrement. Pas de pertes blanches. Mariage à 20 ans suivi de deux grossesses normales. Le dernier accouchement a eu lieu en 1883. Cette femme, en 1888 perd son mari et depuis cette époque elle est en mauvais état de santé ; ses règles deviennent irrégulières, accompagnées de pertes blanches et de douleurs très vives. On diagnostique à cette époque une rétroversion utérine, et depuis elle tombe plusieurs fois malade, présentant des accidents de métrite.

En examinant la malade, on lui trouve le cœur, les poumons, le foie normaux ; l'estomac est un peu dilaté ; l'abdomen est sensible, surtout dans la fosse iliaque droite.

Vulve et vagin assez étroits. Le col de l'utérus, appliqué contre la paroi vaginale antérieure, n'est ni abaissé, ni déchiré, ni douloureux ; il est peu mobile sur le corps. Celui-ci, en rétroversion marquée, semble assez gros ; on le sent dans le cul-de-sac postérieur, non mobilisable. Les culs-de-sac sont libres, sauf le postérieur et le gauche où l'on perçoit une petite tumeur annexielle, très douloureuse, non mobile.

Diagnostic. — Métrite avec rétroversion adhérente. Annexite.

Opération. — Le 28 mai 1898. Ether. *Hystérectomie vaginale, sans pinces ni ligatures.* Malgré les fortes adhérences qui retiennent le fond de l'utérus en arrière dans le Douglas, on arrive assez facilement à détacher ces adhérences par l'incision du cul-de-sac postérieur, puis à faire basculer l'utérus en avant. L'angiotripsie des ligaments larges est faite directement sans pincement préalable par des clamps (deux applications sur chaque ligament. L'hémostase est parfaite, car les adhérences ne saignent pas. — 3 mèches dans le vagin ; sonde vési-

cale. — Les annexes n'ont pas semblé assez malades pour être enlevées.

Suites opératoires. — Un peu de suintement vaginal rouge, non fétide. Températ. le soir : 38°,4.

29 mai. La malade va très bien. Suintement vaginal assez abondant; ventre sensible à la palpation, non ballonné, ni météorisé.

30 mai. Suintement vaginal rouge assez abondant

1^{er} juin. L'aspect général est bon. Suintement vaginal rouge et un peu fétide.

3 juin. Même état; on retire les mèches qui sont très sales et fétides.

6 juin. 3 injections vaginales par jour, qui reviennent sales.

9 juin. La malade va très bien, ne souffre pas du ventre. Il y a toujours un suintement vaginal jaunâtre, peu abondant, mais fétide. Les injections ne sortent pas encore claires. La malade retourne chez elle.

OBSERVATION XXIII

Suppuration pelvienne.

Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures (guérison).

Marie Mi..., 29 ans, domestique, est une femme de taille moyenne mais maigre, faible et anémiée. Rien d'anormal du côté du cœur, des poumons, du foie, de l'estomac. Le ventre est plat présentant des vergetures anciennes. Les flancs sont libres; la fosse iliaque droite est sensible à la pression. Le col de l'utérus est allongé, très mobile, non douloureux, dans l'axe du vagin. Le corps en retroversion-flexion est très sensible. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse du volume d'une noix verte, irrégulière, immobile, et la pression y provoque une douleur très intense. Dans le cul-de-sac latéral droit il y a un cordon du volume du petit doigt dirigé obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière, cordon qui se relie à l'utérus et qui est excessivement douloureux au toucher. Le cul-de-sac gauche est sensible, mais on n'y sent rien.

Diagnostic. — Salpingite probablement double et retro-version-flexion douloureuse de l'utérus,

Opération. — Le 2 juin 1898. *Hystérectomie vaginale sans pincés ni ligatures.* — Le cul-de-sac postérieur ouvert, on détache avec le doigt les adhérences assez fortes qui retiennent dans le Douglas la face postérieure de l'utérus. Cela fait, le reste de l'opération se poursuit très facilement : quand l'utérus a basculé on applique au ras de ses bords sur chaque ligament large l'angiotribe, en faisant 2 applications pour chaque ligament. Section. Extirpation de l'utérus. L'hémostase est parfaite. Durée de l'opération : 20 minutes, 3 mèches dans le vagin : Pas de sonde vésicale.

Suites opératoires. — La malade ne souffre pas. Suintement vaginal rouge, non fétide.

3 juin. La malade se plaint de coliques et de gaz qui la gênent. Suintement vaginal rouge. Pas de fièvre.

4 juin. Journée très bonne. Le suintement vaginal devient fétides.

6 juin. La malade souffre un peu du ventre. L'écoulement vaginal rougeâtre est assez abondant et fétide.

8 juin. On retire les mèches qui sont très sales, de couleur rougeâtre et répandent une odeur fétide.

12 juin. La malade va très bien ; les injections vaginales reviennent toujours sales.

18 juin. Il y a encore un léger écoulement vaginal, la malade peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION XXIV

Périméto-salpingite.

Hystérectomie selon le procédé de M. Tuffier guérison.

La nommée Ga., 25 ans, domestique, a subi une colpotomie postérieure dans le service, il y a 3 mois (3 mars 1897). Le 13 avril, elle partait pour le Vésinet en bon état de santé, ne souffrant pas, n'ayant pas de pertes, mangeant avec appétit. Grippe à la fin d'avril. Dans les premiers jours de mai, elle ressent de nouvelles douleurs dans le ventre (élancements), depuis cette époque elles ont toujours augmenté ; la malade a été forcée de revenir à l'hôpital.

La femme qui est assez maigre se présente avec un ventre

un peu tendu, douloureux à la pression surtout au-dessus du pubis. Au niveau de la fosse iliaque droite, tuméfaction profonde du volume d'une mandarine, très douloureuse quand on appuie un peu. — Au toucher: utérus déjeté à gauche et en arrière par une masse dure qui bombe dans les culs-de-sac postérieur et latéral droit et qui remonte jusque dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic. — Péri-méto-salpingite.

Opération. — 7 juin 1898. *Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures.* — Ether — L'extirpation de l'utérus est extrêmement difficile: la masse périmétritique est formée surtout d'adhérences et ne contient que très peu de pus. L'utérus bascule enfin dans le vagin. Angiotripsie directe des ligaments larges: deux applications de l'instrument sur le ligament gauche, trois sur le droit, Quelques adhérences donnent un peu de sang: un coup d'angiotribe sur chacune d'elles. Trois mèches vaginales; pas de sonde vésicale.

Suites opératoires. — Journée assez bonne, quelques vomissements dans la nuit.

8 juin. La malade souffre beaucoup du ventre, elle est abattue. Pas de fièvre. Suintement vaginal rouge.

9 juin. Suintement vaginal rouge, assez abondant, un peu fétide. Les mictions ne sont pas douloureuses.

10 juin. Le ventre est douloureux, assez souple, mictions normales. Suintement vaginal rouge et fétide.

13 juin. La malade ne se remet pas vite; elle est toujours très abattue et a de la fièvre depuis deux jours, on enlève les mèches qui sont très sales et fétides, on donne une injection vaginale qui sort très sale.

15 juin. État général très satisfaisant.

20 juin. Aucune douleur dans le ventre, les pertes sont presque nulles et la malade va aussi bien que possible.

OBSERVATION XXV

Utérus fibromateux et métritique.

Hystérectomie vaginale par angiotripsie (guérison).

Madame De..., 35 ans, couturière; réglée à 16 ans; gros-

sesse à 20 ans, l'enfant meurt peu de temps après de convulsions. Il y a 7 ans, la malade aurait eu une grossesse nerveuse : pendant 10 mois le ventre fut gros et ballonné, les règles étaient presque nulles ou faisaient complètement défaut, puis le ventre est revenu à son volume normal. A ce moment la femme eut de très fortes méthorrhagies accompagnées de douleurs dans le bas-ventre et les lombes ; depuis cette époque, la malade a souvent perdu en blanc. Il y a 2 mois, nouvelles douleurs, surtout localisées à droite, accompagnées de pertes blanches. La pression éveille de la douleur dans l'hypogastre et le flanc droit. Au toucher : vulve normale, assez étroite ainsi que le vagin. Dans le fond, en haut, on sent un col assez gros, mou, ulcéré, regardant en arrière, mobile, non douloureux à la pression. Le corps utérin, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par le palper combiné au toucher, est situé très haut. Il paraît gros, assez mobile, peu douloureux : on sent son fond à 3 travers de doigt au dessus de l'ombilic. Les culs-de-sac sont absolument libres.

Diagnostic. — Gros utérus métritique ou plutôt fibromateux.

Opération. 18 juin 1898. *Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures.* Opération très pénible : l'utérus étant fixé très haut par de nombreuses adhérences. On parvient cependant à l'extraire sans morcellement. Deux applications d'angiatribe pour chaque ligament large. Hémostase parfaite. Vers la fin de l'opération, comme la tranche vaginale postérieure donne assez abondamment, on l'écrase également à l'angiatribe.

3 mèches dans le vagin. Pas de sonde vésicale

Suites opératoires. — L'après-midi a été assez bonne.

Suintement vaginal rouge peu abondant.

19 juin. La malade va bien. Elle souffre un peu du bas-ventre, qui est souple. 2 mictions normales.

20 juin. Ventre très souple, à peine sensible. Peu de suintement vaginal.

21 juin. Compresses vaginales légèrement teintées en jaune.

23 juin. Suintement vaginal assez abondant, sentant mauvais et irritant les cuisses de la malade.

26 juin. On a retiré les mèches le 24 et la malade se trouve

tout-à-fait bien, cependant de temps à autre, elle ressent quelques douleurs lancinantes dans la région inguinale droite.

30 juin. La malade va très bien; le ventre est souple; les injections vaginales sortent presque claires. Les forces et l'appétit reviennent. La malade est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XXVI

Salpingite double.

Hystérectomie vaginale suivant le procédé Tuffier (sans pinces ni ligatures). — Guérison.

Louise M..., 29 ans, domestique.

Mère morte d'un cancer de l'utérus.

La malade a eu une fièvre typhoïde à 10 ans. Réglée à 15 ans irrégulièrement. Les règles étaient douloureuses dans les 2 ou 3 derniers jours, le ventre était toujours douloureux. Entre 17 et 19 ans la femme fait trois poussées de rhumatisme articulaire aigu. Il y a 3 ans, à la suite d'une vive émotion, la malade éprouva une forte douleur dans le flanc gauche, douleur qui persiste encore, depuis ce moment les douleurs de ventre n'ont fait qu'augmenter.

A l'examen, on voit que c'est une femme petite, bien constituée, très nerveuse, hystérique même.

Rien du côté du cœur, des poumons, du foie, l'estomac est un peu dilaté et le rein droit un peu déplacé.

Le ventre est plat et on y découvre rien d'anormal.

Au toucher on trouve un col petit, non ulcéré, à orifice arrondi, fermé, ce col est situé en arrière et fait un coude très marqué avec le corps qui est en anté-flexion exagérée et en légère anté-version. Le corps est mobile, non douloureux. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent un cordon assez tendu et très douloureux à la moindre pression, cordon partant de l'utérus et se dirigeant obliquement en haut, en dehors et en arrière. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on perçoit un petit empatement douloureux.

Diagnostic. — Salpingite, probablement double.

Opération. — 23 juin 1898. *Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures.* L'opération se fait des plus simplement;

l'utérus hémisectionné bascule facilement dans le vagin, on écrase les ligaments larges à l'angiotribe de la façon suivante (1);

droite on saisit d'abord le ligament dans deux clamps on le sectionne à son insertion utérine et c'est alors seulement qu'on l'écrase à l'angiotribe en dehors des clamps. A gauche, au contraire, on fait l'angiotripsie directe ou immédiate. L'hémostase est parfaite. 3 mèches dans le vagin. Pas de sonde vésicale

Au cours de l'opération, on a trouvé à droite une légère salpingite (catarrhale), à gauche un peu de périméto-salpingite avec adhérences, mais sans pus.

Suites opératoires. — Légères pertes vaginales rouges dans la journée. Nuit très bonne.

24 juin. Aspect général très bon. Pouls 104. : Compresses encore un peu tachées en rouge. Ventre assez souple sensible à la pression. On a sondé deux fois la malade.

25 juin. Etat satisfaisant. Il faut sonder la malade, elle ne peut pas uriner seule.

26 juin. Les compresses vulvaires sont un peu tachées en jaune. Mictions spontanées le matin.

28 juin. Les pertes vaginales sont assez abondantes. Mictions normales.

8 juillet. La malade va très bien et peut être considérée dès maintenant comme guérie.

OBSERVATION XXVII

Prolapsus utérin.

Hystérectomie vaginale par angiotripsie (procédé de M. TUFFIER). — *Guérison.*

Mme Vi... 72 ans, couturière.

Premières règles à 14 ans, toujours régulières, non douloureuses. Mariée à 23 ans et depuis son mariage jamais de pertes ni de douleurs dans le ventre. Quatre enfants. La ménopause

(1) Cette manière de faire a été employée pour montrer aux assistants les deux procédés d'angiotripsie dans l'hystérectomie vaginale.

est survenue à 52 ans. Il y a déjà de longues années que la malade, au moment de la défécation, sentait sortir entre les grandes lèvres une « grosseur » lisse qui, du reste, rentrait aussitôt après. Mais il y a 3 semaines environ, à la suite d'efforts faits par la malade pour aller à la selle, la tumeur est sortie plus que d'habitude et n'est pas rentrée. Depuis, cette tumeur s'est ulcérée, donnant lieu à quelques pertes blanches, mais ce qui gêne le plus la malade, c'est qu'elle urine constamment sous elle, goutte par goutte, pour ainsi dire.

C'est une femme bien constituée, mais amaigrie et ayant le teint jaune. Elle présente sur la paupière supérieure gauche, une petite tumeur verruqueuse, remontant déjà à 4 ans et qui semble être un épithélioma.

Le ventre ne présente rien d'anormal, si ce n'est que le rein droit est ectopié. On ne peut sentir l'utérus au-dessus du pubis. — A la vulve, on voit une tumeur rose, ovoïde, absolument lisse, du volume d'un petit œuf d'oie, à grosse extrémité placée en bas. A son extrémité inférieure elle présente un large orifice (orifice du col utérin) dont le pourtour est ulcéré. En arrière, on voit un double bourrelet pâle, vestige du vagin éversé. L'hystérométrie donne 0,13 centimètres. Le cathétérisme de l'urèthre montre qu'il est dirigé suivant le grand axe de la tumeur, on ne peut pénétrer que de 0,04. Le toucher rectal montre qu'il n'y a pas de rectocèle mais seulement une colpo-cèle postérieure. La tumeur est réductible; il est alors possible de sonder la malade.

Diagnostic. — Prolapsus utérin avec hypertrophie du col.

Opération. — Le 30 juin 1898. Ether. *Hystérectomie vaginale sans pinces, ni ligatures.* Opération des plus faciles. L'utérus est facilement amené au dehors. L'écrasement des ligaments se fait à droite et à gauche de façon différente, pour montrer les deux procédés d'angiotripsie. A gauche, le ligament large est sectionné après avoir été pris par trois grands clamps; puis les clamps sont remplacés par trois applications d'angiotribe : hémostase parfaite. A ce moment, en tirant un peu fortement sur l'utérus pour tendre le ligament large droit sur lequel on va faire l'angiotripsie directe, on déchire une petite adhérence située vers la corne droite : d'où une petite hémorrhagie veineuse assez gênante qu'on arrête avec une

pince. On procède alors à l'angiotripsie directe du ligament large droit, ce qui se fait des plus facilement (2 applications seulement). On donne ensuite un coup d'angiotribè sur l'adhérence préalablement pincée, dont nous venons de parler. L'hémostase est parfaite. 3 mèches dans le vagin. Durée : 25 minutes.

Suites opératoires. -- La malade a été un peu agitée. Une miction très facile. Léger suintement rouge.

1^{er} juillet. État excellent. On ne dirait pas que la malade vient d'être opérée, elle ne souffre pas du tout et voudrait se lever (cependant elle a 72 ans). Les mictions sont spontanées et faciles. Ventre un peu dur, non douloureux ni ballonné. Compresses vulvaires un peu tachées en rouge.

3 juillet. La journée d'hier a été extrêmement bonne. La malade, depuis longtemps, dit n'avoir jamais été aussi bien portante. Le ventre est souple, nullement sensible. Pas de pertes.

8 juillet. La malade continue à être en parfaite état de santé. On retire les mèches. Pas de suintement vaginal.

12 juillet. La malade dont l'état est excellent et en bonne voie de guérison.

CONCLUSION.

M. Tuffier, a pratiqué du 18 décembre 1897 au 30 juin 1898, c'est-à-dire en six mois et 13 jours, 29 hystérectomies vaginales sans pinces ni ligatures pour des affections très diverses.

Nous publions l'observation de 27 malades opérées dans le service de M. Tuffier à la Pitié, les deux autres ont été opérées en ville (un fibrome et une suppuration pelvienne).

Notre statistique comprend :

Dix-sept suppurations pulviennes dont deux bilatérales et compliquées d'hématocèle.

Dix fibromes de l'utérus, dont trois compliquées d'annexite et un autre de prolapsus.

Un cancer du col de l'utérus.

Un prolapsus chez une femme de 78 ans.

Tous les cas se rapportent à des hystérectomies vaginales totales dont 25 primitives et 4 secondaires à une colpotomie postérieure.

Les résultats opératoires sont les suivants :

L'une des malades (observation IX), femme de 37 ans, cachectique, atteinte d'une vieille hématocèle d'une grossesse extra utérine infectée et d'une annexite double suppurée et que M. Tuffier avait pendant longtemps hésité à opérer, est morte d'une péritonite septique que l'on a

vérifiée à l'autopsie. M. Barbarin interne du service, a injecté et disséqué les artères utérines : l'hématase et la cicatrisation vasculaire étaient parfaites.

L'autre malade (observation XVIII) est morte de congestion pulmonaire double pendant une épidémie de grippe qui régnait à la Pitié. La cavité vaginale était parfaitement étanche.

Ces deux décès ne sont donc pas imputables à l'angiatripsie.

La dernière opération sur un prolapsus utérin a été très démonstrative ; car on sait, que de toutes les hystérectomies, celles pour prolapsus sont de beaucoup celles qui saignent le plus.

Pour toutes, les suites opératoires ont été excellentes.

L'hystérectomie vaginale sans pincés demeure et sans ligature, telle que la pratique M. Tuffier, nous semble être le procédé de choix et nous croyons que ce mode opératoire est le plus grand perfectionnement qui ait été apporté à l'opération de Péan.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

